

Année 1954

753 N°

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

Présentée et soutenue publiquement le

par

LEVIF Jean, Emmanuel

Né le 27 Mai 1925, à Trezelles (Allier)

•

**LES ATRESIES RÉGULIÈRES
DANS LE CANCER DE L'ŒSOPHAGE**

(Diagnostic radiologique)

Président : Monsieur le Professeur René HUGUENIN





Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153720_0037

NOM DU CANDIDAT :

PRENOMS :

DATE DE SOUTENANCE :

NUMERO D'ORDRE :

LEVIF (Jean, Emmanuel). -
Les Atrésies régulières fu-
dans le cancer de l'oeso-
phage. Diagnostic radiolo-
gique.
(Th. méd. (Et.), Paris,
1954, N°)

LEVIF (Jean, Emmanuel). -
Les Atrésies régulières
dans le cancer de l'oeso-
phage. Diagnostic radiolo-
gique.
(Th. méd. (Et.), Paris,
1954, N°)

LEVIF (Jean, Emmanuel). -
Les Atrésies régulières
dans le cancer de l'oeso-
phage. Diagnostic radiolo-
gique.
(Th. méd. (Et.), Paris ;
1954, N°)

LEVIF (Jean, Emmanuel). -
Les Atrésies régulières
dans le cancer de l'oeso-
phage. Diagnostic radiolo-
gique.
(Th. méd. (Et.), Paris,
1954, N°)

F A C U L T E D E M E D E C I N E D E P A R I S

Année 1954

N° _____

T H E S E

pour le

D O C T O R A T E N M E D E C I N E

(diplôme d'Etat)

Présentée et soutenue publiquement le :

par

L E V I F Jean, Emmanuel

Né le 27 Mai 1925 à Trezelles (Allier)

LES ATRESIES REGULIERES DANS LE CANCER DE L'OESOPHAGE.

(Diagnostic radiologique)

Travail de l'Institut Gustave Roussy
(Centre Clinique et Thérapeutique)

Président : Monsieur le Professeur René HUGUENIN.

DOYEN HONORAIRE :

M. BAUDOUIN,

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BAUDOUIN, BRINDEAU, CADENAT, CARNOT, CHABROL, CHEVASSU, CHIRAY, CLERC, DELBET, GOUGEROT (H), GUILLAIN, HARVIER, LAUERY, LEMAITRE, LEMIERRE, LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MULON, OLIVIER (E), OMBREDANNE, SANNIE, SEZARY, TANON.

DOYEN Léon BINET.
Membre de l'Institut.

ASSESSEUR Jean VERNE.

I. - PROFESSEURS

MM.

Anatomic	CORDIER. (G.)
Anatomic Pathologique	DE LARUE. (A.)
Bactériologie	GASTINEL. (P.)
Biologie appliquée à l'Education physi- que et aux sports.....	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	VERNE. (J.)
Cancérologie médicale et sociale	HUGUENIN. (R.)
Carcinologie	OBERLING (C.)
Chimie médicale	POLONOWSKI. (M.)
(Hôtel-Dieu..	BROCQ. (P.)
Cliniques Chirurgicales.. (Broussais...	DE GAUDART-D'ALLAINES (
(Salpêtrière.	MONDOR. (H.)
(Cochin	QUENU. (J.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	MERLE D'AUBIGNE. (R.)
Clinique de Cardiologie	DONZELOT (E.)
Clinique de chirurgie infantile et d'or- thopédie	FEVRE. (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	MONOD. (R.)
Clinique de la tuberculose	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Clinique de puériculture	LELONG (M.)
Clinique des maladies cutanées et sy- philitiques	DEGOS (R.)
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER (P.)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T.)
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.)
Clinique des maladies infectieuses ...	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J.)
Clinique du diabète sucré et des maladies de la nutrition	BOULIN (R.)

Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO (P.)
	(Hôtel-Dieu.... BENARD (H.)
Cliniques médicales	(Bichat LAROCHE (G.)
	(Cochin MOREAU (R.)
	(Broussais DE GENNES (L.)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique	JUSTIN-BESANCON (L.)
Clinique médicale propédeutique.....	PASTEUR VALLERY-RADOT (I)
	(Tarnier LANTUE JOUL. (P.)
Cliniques obstétricales	(Baudelocque... LEVY-SOLAL. (E.)
	(PORT-Royal.... LACOMME (M.)
Clinique ophtalmologique	VELTER. (E.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN. (A.)
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires. (chaire à titre personnel)	RICHET. (C.)
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER. (C.)
Clinique rhumatologique et sociale	COSTE. (F.)
Clinique stomatologique	DECHAUME. (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE. (J.)
Clinique thérapeutique médicale	LEMAIRE. (A.)
Clinique urologique	FEY. (B.)
Embryologie.....	GIROUD. (A.)
Génétique	LAMY. (M.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie..	MOUQUIN. (M.)
Histologie	CHAMPY. (C.)
Hygiène et clinique de la première enfance..	CATHALA. (J.)
Hygiène et médecine préventive.....	JOANNON. (C.)
Médecine du Travail.....	DESOILLE. (H.)
Médecine Légale	PIEDELIEVRE. (R.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GALLIARD. (H.)
Pathologie chirurgicale	N.....
Pathologie exotique	LAVIER. (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	NENEGRE. (J.)
Pathologie médicale	BARIETY. (M.)
Pathologie et thérapeutique générales.....	N.....
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD. (R.)
Physico-chimie médicale (Chaire à titre personnel).....	DOGNON. (A.)
Physiologie	BINET. (L.)
Physique médicale	STROHL. (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ. (H.)
Technique chirurgicale	MOULONGUET (P.)
Thérapeutique	TURPIN. (R.)

II. - PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFÉRENCES-AGREGÉS ET AGREGÉS

	MM.
Anatomie	(DEBEYRE. (J.)
	(DELMAS. (A.)
	(N....
Anatomie pathologique	(GAUTHIER-VILLARS.
	((Mlle P.) Pr. s. ch.
	BUSSER (F.)
	(GOUYGOU. (C.)

Bactériologie	(FASQUELLE. (R.) (NEVOT. (A.))
Biologie médicale	BOURLIERE. (F.) (BITTORT (J.) Pr.s.ch.
Chimie médicale	(JAYLE (M.F.) Pr.s.ch. (SCHAPIRA. (G.)
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT (F.) (BULLIARD (H.) Pr.s.ch.
Histologie	(COUJARD. (R.) (.....
Hydrologie	DEBRAY. (C.) (..... (J.)
Hygiène	(DEPARIS. (M.) (DEROEFET (L.)
Médecine légale du travail	(GAULTIER. (M.) (HADENGUE. (A.))
Neurochirurgie	DAVID. (M.)
Neurologie	SEZE. (S.de) (GRASSET. (J.) (LEPAGE (F.) (MAYER. (M.)
Obstétrique	(MERGER. (R.) (MCRIN. (P.) (RAVINA. (J.) (VARANGOT. (J.))
Ophtalmologie	(OFFRET. (G.) (DESVIGNES. (P.))
Orthopédie	JUDET. (R.) (HALPHEN (E.) Pr.s.ch.
Oto-Rhino-Laryngologie	(AUBRY (M.) (MADURO. (R.))
Parasitologie	(BRUMPT. (L.) (CHABAUD. (A.))
Pathologie chirurgicale	(ABOULKER. (P.) (BAUMANN. (J.) (GOSSET. (J.) (HUGUIER. (J.) (LAURENCE. (G.) (LEGER (L.) (LOPTAT-JACOB (J.) (OLIVIER. (Cl.) (PADOVANI (P.) (POILLEUX (M.) (ROUX. (M.) (RUDLER. (J.C.) (VERNE. (J.M.))

Pathologie expérimentale	MERKLEN. (P.)
	(BERNARD. (J.)
	(BOUDIN. (G.)
	(CASTAIGNE (P.)
	(CONTE. (M.)
	(DECOURT. (J.)
	(DOMART. (A.)
	(LREYFUS. (Gilbert)
Pathologie médicale	(FAUVERT. (R.)
	(HAMBURGER. (J.)
	(KOURILSKY. (R.)
	(LAMOTTE. (M.)
	(MILHAUD. (P.)
	(PEQUIGNOT. (H.)
	(PERRAULT. (M.)
	(RAIBERT. (P.)
	(THIEFRY. (St.)
	(TURIAT. (J.)
	(JOSEPH. (R.)
Pédiatrie	(LAPLANE. (R.)
	(MARIE (J.)
	(LEVY (Mlle J.) Pr.s.ch.
Pharmacologie	(CHEMOL. (J.H.) Pr.s.ch.
	(BARGETON (D.) Pr.s.ch.
Physiologie	(PARROT. (J.L.)
	(DJOURNO. (A.) Pr.s.ch.
Physique médicale	(GOUGEROT. (L.)
Pneumo-phtisiologie	KREIS. (B.)
Psychiatrie	BARUK. (H.)
Psychiatrie infantile	MICHAUX (L.)
	(CERNEA (P.)
Stomatologie	(CHAPUT (Mme A.)
Thérapeutique	PERRAULT
	Chargé de l'enseignement)
Urologie	KUSS. (R.)

III.- PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES

RAPPELES A L'EXERCICE.
pour le service des examens.

MM. BRINDEAU. (A.) (Obstétrique), GATELIER (J.) (Clinique chirurgicale). LE LORIER (V.) (Obstétrique), VAUDESCAL (R.) (Obstétrique).

IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE INTERNE
à titre permanent.

III.

clinique chirurgicale	(AMELLENT. (A.) (MONTGAUX. (G.) (PATIL. (J.) (SICARD. (A.)
Clinique médicale	(BROUET (G.) (CACHERA. (R.) (GARCIN (J.) (MARCHAL. (G.) (SOULIE. (E.)
Clinique obstétricale	(DIGONNET. (L.) (ECALLE. (G.)
Clinique ophtalmologique	IMMIED (G.)
Clinique urologique	COUVELAIRE. (R/)

III.

Secrétaire général de la Faculté	MOREL (J.)
Secrétaire	Mlle CHAINTREUIL, (G.)

Conservateur, chargé de la direction	Docteur HAHN (A.)
Conservateur	Mlle GOICHON
Bibliothécaires	(Mlles DUMAITRE & LE NOIR (METIN (F.) QUIEVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté
que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présen-
tées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et
qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE

Bien faible témoignage de ma profonde
affection et de mon infinie reconnais-
sance.

A MON ONCLE

Le Docteur F. TESSIER

Il m'a toujours affectueusement guidé
et soutenu au cours de mes études
médicales.

Aux miens et à mes amis.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur René HUGUENIN

Professeur de Cancérologie Médicale et Sociale à la
à la Faculté de Médecine de Paris.

Directeur de l'Institut Gustave-Roussy

Officier de la Légion d'Honneur

qui a bien voulu nous accueillir à
L'Institut Gustave Roussy et nous a
fait l'honneur d'accepter la prési-
dence de cette thèse,

En témoignage de profonde reconnais-
sance et de respectueuse admiration.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL CHENE

Chevalier de la Légion d'Honneur

Il nous a inspiré et guidé dans ce travail,

Il nous a enseigné la Gastro-^untérologie avec cette bonté et cette bienveillante autorité qui domine et unit sa sympathique équipe de collaborateurs,

En témoignage de notre respectueuse reconnaissance.

Aux Docteurs G. HAULE, J. GORSE & SIMON

Assistants de l'Institut Gustave Roussy

Ils nous ont très amicalement conseillé et permis de disposer de leurs documents.

A Madame le Docteur VILLACEQUE-LANCIEN
Aux Docteurs BRANNELEC et MARKOVITS

Assistants à l'Institut Gustave Roussy

I N T R O D U C T I O N
-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-
:-:
-
-

I N T R O D U C T I O N

Au quatrième ou cinquième rang de fréquence des tumeurs malignes en général, d'après les statistiques d'ALONSO, de BOROS et d'ADAMS, au premier rang des maladies de l'oesophage ; le cancer pose des problèmes diagnostiques dont la précocité retient toute l'attention des équipes médico-chirurgicales.

Nous n'insisterons pas sur l'intérêt primordial des examens répétés, tant cliniques que paracliniques, en vue d'instituer un traitement le plus rapidement possible.

Si dans certaines circonstances le diagnostic cliniquement évoqué est assez facilement confirmé par la radiographie, l'oesophagoscopie et la biopsie, il n'en est pas toujours de même.

Chacun de ces examens présente des déficiences, ou des contradictions avec les notions "classiques" et parfois, l'ensemble des renseignements qu'ils fournissent ne permettent pas d'être formel.

C'est précisément à propos d'un de ces tableaux radio-cliniques (cf.Obs.n°1) qui avait semblé particulièrement déconcertant à ses collaborateurs et à lui-même que le Docteur CHENE nous a demandé de rechercher dans la littérature et parmi

1000 1000 1000
1000 1000 1000

1000 1000 1000

1000 1000 1000

1000 1000 1000

1000 1000 1000

1000 1000 1000

1000 1000 1000

1000 1000 1000

1000 1000 1000

1000 1000 1000

1000 1000 1000

1000 1000 1000

1000 1000 1000

1000 1000 1000

1000 1000 1000

1000 1000 1000

1000 1000 1000

1000 1000 1000

1000 1000 1000

1000 1000 1000

1000 1000 1000

1000 1000 1000

1000 1000 1000

1000 1000 1000

1000 1000 1000

1000 1000 1000

1000 1000 1000

, un groupe d'observations personnelles, des aspects radiographiques de cancer oesophagien analogues à celui que nous allons rapporter.

Disons tout de suite que chez cette malade la radiographie montrait une image du tiers moyen à type d'atrésie régulière fusiforme, bien symétrique par rapport à l'axe oesophagien. L'ensemble réalisant un aspect "en sablier".

Nous avons exclu de notre étude, les lésions intéressant la bouche oesophagienne ; quant à la localisation basse nous l'avons mise à part aussi pour des raisons que nous développerons plus loin.

- Nos recherches et nos statistiques ont porté :

1) sur les nombreux cas de cancer de l'oesophage observés dans le service du Professeur R. HUGUENIN à l'Institut Gustave Roussy, soit à la consultation de Gastro-Entérologie, soit dans les consultations annexes qui s'y rattachent dans divers organismes.

- Ce qui fait un total entre les années 1945 et 1953 de 310 cas pour l'Institut Gustave Roussy. Nous n'avons retenu dans ce chiffre que les malades ayant eu une biopsie positive.

2) Sur 25 observations fournies par le Docteur CHENE.

3) Nous rapportons enfin d'autres observations en dehors de ce recrutement et se rapprochant du type qui nous intéresse.

- les unes relevées dans la littérature,
- les autres que nous devons à l'extrême bienveillance du
Professeur Agrégé J.L. LORTAT-JACOB, des Docteurs ARSAC
et LACAILLÉ, M. ROUX et JACQUELIN.

CHAPITRE - I

R A P P E L H I S T O R I Q U E E T C L I N I Q U E

LES PROBLEMES DIAGNOSTICS DU CANCER OESOPHAGIEN

RAPPEL HISTORIQUE ET CLINIQUE

LES PROBLEMES DIAGNOSTICS DU CANCER OESOPHAGIEN

- A cause de sa fréquence (il représente 6 à 18% des tumeurs malignes selon les auteurs) et de son pronostic que seul un diagnostic précoce permet d'espérer moins redoutable, le clinicien doit penser d'emblée au cancer chez tout malade de la cinquantaine, surtout homme, dès l'apparition, même intermittente, d'une dysphagie et qui n'a pas de cause évidente.

- 8 -

- 9 -

- GUISEZ, dans un article intitulé "Le pseudo-cancer de l'oesophage" (Bull. O.R.L. Janvier 1929) nous rappelle les temps où l'on faisait parfois une gastrostomie chez des dysphagiques et où l'on citait des cas de guérison de la tumeur présumée.

De même, il rapporte ces cas de malades décédés à la suite de symptômes attribués au cancer et où l'on ne retrouvait aucune lésion maligne de l'oesophage à l'autopsie.

- "Depuis les rayons X et surtout depuis l'oesophagoscopie ajoute-t-il, il est possible de faire de façon beaucoup plus précoce le diagnostic de la nature des sténoses oesophagiennes"

et parmi ses observations GUISZ rapportait alors une centaine de cas où, chez des malades présentant tous les signes cliniques du cancer, il lui avait été permis de porter un diagnostic totalement différent.

Tout dysphagique n'était donc plus forcément un cancéreux : ces considérations ne nous étonnent plus maintenant, Elles présentent toutefois l'intérêt de marquer le début d'une époque où des cliniciens ont tenté d'étendre la pathologie de l'oesophage au-delà de trois affections qui la résumaient jusqu'alors les corps étrangers, les rétrécissements cicatriciels et le cancer.

Limitant notre bibliographie au cadre strict de ce travail nous ne citerons pas ici tous les nombreux auteurs, tant français qu'étrangers, qui ont enrichi les divers chapîtres de la pathologie oesophagienne laquelle est encore de nos jours en pleine évolution.

Très schématiquement, de leurs expériences cliniques, endoscopiques et radiologiques, furent précisés en dehors des trois affections précitées :

- 1) Les affections organiques, non malignes du canal oesophagien (lésions inflammatoires, ulcère de l'oesophage, tumeurs bénignes, etc...)

- 2) La radiographie en particulier, permet de faire la part des affections extrinsèques (médiastinales, propagations de tumeurs bronchiques, pulmonaires, des retentissements cardio-vasculaires, etc...) affections pouvant poser des diagnostics avec un cancer.
- 3) De nos jours, une certaine décantation se fait pour l'interprétation d'images radiologiques trop rapidement tenues pour fonctionnelles et dont le motif central est l'étude des "dyskinésies" selon l'expression de CHENE et POIRIER.

-:-

-:-

-:-

Parmi ces trois groupes pathologiques nous n'avons retenu d'ailleurs que les affections pouvant poser un diagnostic différentiel avec les infiltrations cancéreuses régulières et le plus souvent fusiformes.

Ce sont essentiellement, disons-le de suite :

a) Les rétrécissements secondaires aux états inflammatoires quelle qu'en soit la cause,

b) Certains aspects dits "spasmodiques",

c) Enfin nous rapporterons aussi un certain nombre de

diagnostics, rares il est vrai, mais dont la confrontation nous a paru digne d'intérêt.

-:-

-:- -:-

Nous reverrons ces diagnostics différentiels dans un chapitre spécial.

Nous allons rappeler maintenant les signes radiologiques du cancer oesophagien avant de rapporter nos observations de cancer.

[Home](#)
[About Us](#)
[Contact Us](#)
[Privacy Policy](#)
[Terms of Service](#)
[FAQ](#)
[Blog](#)
[Partners](#)
[Press](#)
[Careers](#)

1. ☐ 1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4. ☐ 5. ☐ 6. ☐ 7. ☐ 8. ☐ 9. ☐ 10. ☐ 11. ☐ 12. ☐ 13. ☐ 14. ☐ 15. ☐ 16. ☐ 17. ☐ 18. ☐ 19. ☐ 20. ☐ 21. ☐ 22. ☐ 23. ☐ 24. ☐ 25. ☐ 26. ☐ 27. ☐ 28. ☐ 29. ☐ 30. ☐ 31. ☐ 32. ☐ 33. ☐ 34. ☐ 35. ☐ 36. ☐ 37. ☐ 38. ☐ 39. ☐ 40. ☐ 41. ☐ 42. ☐ 43. ☐ 44. ☐ 45. ☐ 46. ☐ 47. ☐ 48. ☐ 49. ☐ 50. ☐ 51. ☐ 52. ☐ 53. ☐ 54. ☐ 55. ☐ 56. ☐ 57. ☐ 58. ☐ 59. ☐ 60. ☐ 61. ☐ 62. ☐ 63. ☐ 64. ☐ 65. ☐ 66. ☐ 67. ☐ 68. ☐ 69. ☐ 70. ☐ 71. ☐ 72. ☐ 73. ☐ 74. ☐ 75. ☐ 76. ☐ 77. ☐ 78. ☐ 79. ☐ 80. ☐ 81. ☐ 82. ☐ 83. ☐ 84. ☐ 85. ☐ 86. ☐ 87. ☐ 88. ☐ 89. ☐ 90. ☐ 91. ☐ 92. ☐ 93. ☐ 94. ☐ 95. ☐ 96. ☐ 97. ☐ 98. ☐ 99. ☐ 100. ☐ 101. ☐ 102. ☐ 103. ☐ 104. ☐ 105. ☐ 106. ☐ 107. ☐ 108. ☐ 109. ☐ 110. ☐ 111. ☐ 112. ☐ 113. ☐ 114. ☐ 115. ☐ 116. ☐ 117. ☐ 118. ☐ 119. ☐ 120. ☐ 121. ☐ 122. ☐ 123. ☐ 124. ☐ 125. ☐ 126. ☐ 127. ☐ 128. ☐ 129. ☐ 130. ☐ 131. ☐ 132. ☐ 133. ☐ 134. ☐ 135. ☐ 136. ☐ 137. ☐ 138. ☐ 139. ☐ 140. ☐ 141. ☐ 142. ☐ 143. ☐ 144. ☐ 145. ☐ 146. ☐ 147. ☐ 148. ☐ 149. ☐ 150. ☐ 151. ☐ 152. ☐ 153. ☐ 154. ☐ 155. ☐ 156. ☐ 157. ☐ 158. ☐ 159. ☐ 160. ☐ 161. ☐ 162. ☐ 163. ☐ 164. ☐ 165. ☐ 166. ☐ 167. ☐ 168. ☐ 169. ☐ 170. ☐ 171. ☐ 172. ☐ 173. ☐ 174. ☐ 175. ☐ 176. ☐ 177. ☐ 178. ☐ 179. ☐ 180. ☐ 181. ☐ 182. ☐ 183. ☐ 184. ☐ 185. ☐ 186. ☐ 187. ☐ 188. ☐ 189. ☐ 190. ☐ 191. ☐ 192. ☐ 193. ☐ 194. ☐ 195. ☐ 196. ☐ 197. ☐ 198. ☐ 199. ☐ 200. ☐ 201. ☐ 202. ☐ 203. ☐ 204. ☐ 205. ☐ 206. ☐ 207. ☐ 208. ☐ 209. ☐ 210. ☐ 211. ☐ 212. ☐ 213. ☐ 214. ☐ 215. ☐ 216. ☐ 217. ☐ 218. ☐ 219. ☐ 220. ☐ 221. ☐ 222. ☐ 223. ☐ 224. ☐ 225. ☐ 226. ☐ 227. ☐ 228. ☐ 229. ☐ 230. ☐ 231. ☐ 232. ☐ 233. ☐ 234. ☐ 235. ☐ 236. ☐ 237. ☐ 238. ☐ 239. ☐ 240. ☐ 241. ☐ 242. ☐ 243. ☐ 244. ☐ 245. ☐ 246. ☐ 247. ☐ 248. ☐ 249. ☐ 250. ☐ 251. ☐ 252. ☐ 253. ☐ 254. ☐ 255. ☐ 256. ☐ 257. ☐ 258. ☐ 259. ☐ 260. ☐ 261. ☐ 262. ☐ 263. ☐ 264. ☐ 265. ☐ 266. ☐ 267. ☐ 268. ☐ 269. ☐ 270. ☐ 271. ☐ 272. ☐ 273. ☐ 274. ☐ 275. ☐ 276. ☐ 277. ☐ 278. ☐ 279. ☐ 280. ☐ 281. ☐ 282. ☐ 283. ☐ 284. ☐ 285. ☐ 286. ☐ 287. ☐ 288. ☐ 289. ☐ 290. ☐ 291. ☐ 292. ☐ 293. ☐ 294. ☐ 295. ☐ 296. ☐ 297. ☐ 298. ☐ 299. ☐ 300. ☐ 301. ☐ 302. ☐ 303. ☐ 304. ☐ 305. ☐ 306. ☐ 307. ☐ 308. ☐ 309. ☐ 310. ☐ 311. ☐ 312. ☐ 313. ☐ 314. ☐ 315. ☐ 316. ☐ 317. ☐ 318. ☐ 319. ☐ 320. ☐ 321. ☐ 322. ☐ 323. ☐ 324. ☐ 325. ☐ 326. ☐ 327. ☐ 328. ☐ 329. ☐ 330. ☐ 331. ☐ 332. ☐ 333. ☐ 334. ☐ 335. ☐ 336. ☐ 337. ☐ 338. ☐ 339. ☐ 340. ☐ 341. ☐ 342. ☐ 343. ☐ 344. ☐ 345. ☐ 346. ☐ 347. ☐ 348. ☐ 349. ☐ 350. ☐ 351. ☐ 352. ☐ 353. ☐ 354. ☐ 355. ☐ 356. ☐ 357. ☐ 358. ☐ 359. ☐ 360. ☐ 361. ☐ 362. ☐ 363. ☐ 364. ☐ 365. ☐ 366. ☐ 367. ☐ 368. ☐ 369. ☐ 370. ☐ 371. ☐ 372. ☐ 373. ☐ 374. ☐ 375. ☐ 376. ☐ 377. ☐ 378. ☐ 379. ☐ 380. ☐ 381. ☐

[illegible]

10

RAPPEL DES SIGNES RADIOLOGIQUES CLASSIQUES DU CANCER DE L'OESOPHAGE

- Il y a quelques années encore, le diagnostic du cancer oesophagien n'avait qu'un intérêt pronostique.

- Aujourd'hui, grâce aux progrès de la chirurgie et de la roentgenthérapie, on peut espérer guérir ces malades à condition que le diagnostic en soit précoce : c'est donc dans ces cas où le diagnostic n'est pas évident qu'il devient le plus intéressant.

§ I LE DIAGNOSTIC PRECOCE DU CANCER OESOPHAGIEN

- Devant un malade pour lequel le clinicien a eu son attention attirée vers l'oesophage, par des signes parfois assez frustes (nous avons relevé de nombreux cas de cancers oesophagiens latents ou révélés par des métastases...) le rôle du radiologiste est ingrat et délicat quand on connaît les difficultés et les conséquences de son appréciation :

C'est en effet au radiologiste qu'incombe la responsabilité

1°) d'affirmer l'intégrité de l'oesophage ou de décider d'une oesophagoscopie,

2°) dans les cas douteux d'instaurer une surveillance radio-clinique.

I - Du point de vue technique d'examen :

Nous soulignerons l'intérêt du temps radioscopique, étudiant :

- l'état du médiastin, les incidences les plus propices et les caractères même du péristaltisme oesophagien ; mais il ne saurait suffire à lui seul.

2 - Les radiographies doivent être prises rapidement (1/10^e de seconde au plus) dans des conditions indentiques : (a distance focale: 1 mètre, grille, etc... obliquités variées).

En station debout et couché.

L'ensemble de ces films constituant une véritable "série" oesophagienne, indispensable pour détecter des lésions au début. Ajoutons cependant que le rythme de la prise des clichés ne doit pas être trop rapproché

Il sera important aussi, d'avoir toujours les mêmes repères osseux afin de bien localiser la tumeur (soit une vertèbre, soit simplement la clavicule).

3 - Comme moyen de contraste, on utilisera :

- la baryte épaisse, avalée par grosses gorgées, pour obtenir des images gazeuses que l'on aura aussi en faisant avaler des sels effervescents. On obtient ainsi une bonne image des parois dont on apprécie du même coup la dilatation (May-Foubert).

- la baryte liquide sera utile par contre pour l'étude des plis.

Les signes de début du cancer oesophagien sont souvent très discrets : la forme anatomique qu'il revêt influe d'ailleurs sur la précocité du diagnostic.

On oppose :

- une forme ulcéreuse
- une forme infiltrante, tardivement sténosante, qui évolue à bas bruit
- une forme bourgeonnante se situant entre les deux premières.

Ces différentes variétés peuvent d'ailleurs coexister et cette discrimination ne peut s'effectuer que pendant la période d'état. C'est évidemment la forme infiltrante qui pose les problèmes les plus délicats.

On s'efforcera donc de rechercher avec la plus grande application les rigidités segmentaires où certaines images homologues des niches plates gastriques.

- CHENE & MARKOVITZ - (Gaz.med. de France : 2, XII.49) devant les pièges radiologiques qu'ils notent sur le canal oesophagien exigent les caractères suivants des aspects de rigidité suspects de néoplasie:

1 - Leur constance - soit sous plusieurs incidences, soit sur plusieurs clichés de la même incidence.

2 - l'absence d'excentration, de départ de l'ombre oesophagienne (ce qui élimine une compression extrinsèque) ou la

simple raideur, d'autant plus évocatrice qu'elle ne siège pas à la hauteur d'un rétrécissement normal.

3 - la persistance de l'inflexion rigide au niveau des
plages gazeuses oesophagiennes.

4 - la disparition du liseré de sécurité bordant les pla-
ges gazeuses.

Terminons ce chapitre en disant qu'on ne saurait se baser uniquement sur cette rectitude segmentaire pour poser un diagnostic avec certitude. Ce ne sont là malgré tout que des signes de présomption que l'oesophagoscopie peut éclairer de façon définitive.

La plupart du temps, le malade vient d'ailleurs malheureusement à la période d'état où les signes radiologiques montrent des déformations évidentes du calibre oesophagien.

Les caractères en sont bien connus ; mais insistons seulement sur une forme moins fréquente, dont nous n'avons pas trouvé beaucoup d'exemples dans la littérature et qui présente des difficultés diagnostiques avec les rétrécissements cicatriciels et certains aspects dyskinétiques. Nous y reviendrons.

§ II - LE DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE DU CANCER CESOPHAGIEN

A LA PERIODE D'ETAT

Il ne présente pas de difficulté quand, au milieu de la clarté médiastinale, on voit parfois la tumeur, plus ou moins étendue en hauteur et vers les organes voisins.

L'ingestion barytée montre le classique défilé tortueux, marécageux, généralement excentré, traduisant bien :

- 1) l'irrégularité des contours muqueux dans
^ - Les formes bourgeonnantes.
- 2) des lacunes volumineuses constantes, accentuant encore parfois la diminution de calibre que souligne :
- 3) une dilatation sus-strioturale de moyenne importance.
On l'appréciera surtout en position couchée , fait capital : aucune onde péristaltique perçue au dessus de la lésion ne franchit le segment sténosé.
- 4) Si la tumeur ne s'étend pas sur tout le pourtour de l'oesophage, la dilatation de la lumière peut être suffisante pour que l'attention ne soit pas retenue par le manque d'élasticité du canal : d'où l'intérêt d'incidences et de clichés multiples.

Si, par contre, la tumeur s'est développé en

virole, le conduit présente un rétrécissement plus ou moins marqué, caractéristique, relativement symétrique par rapport à l'axe oesophagien, et la dilatation sus-structurale vient aider à poser une présomption d'organicité.

B)- Enfin on pourra noter un agrandissement segmentaire du calibre (voire une niche en plateau ou un ménisque (Guérot)) dans les formes ulcérautes que l'on appréciera surtout en décubitus, avec de la baryte liquide.

C)- De toutes les formes, c'est la forme sténosante la plus fréquence.

Produite par de volumineuses tumeurs, elle rétrécit et peut même obstruer la lumière.

- En général, cependant, la sténose n'est pas complète et comme le développement tumoral n'est pas symétrique, le défilé par lequel passe la baryte est excentré, il est aussi le plus souvent irrégulier, et son trajet est en forme de ligne brisée.

TERRACCL, dans son livre sur les maladies de l'oesophage, est un des rares auteurs à notre connaissance signalant que dans quelques cas, plus rares il est vrai, le développement tumoral peut être symétrique et la partie rétrécie de ce fait, bien centrée et régulière.

Ces aspect radiologique pose des problèmes diagnostics qu ' évoque à son tour J.L. LORTAT-JACOB dans son ouvrage sur la

chirurgie oesophagienne (p.178):

Devant "les formes infiltrantes pures" : "l'altération parfois très étendue, dit-il, peut ne pas entraîner de sténose appréciable

Si cette infiltration intéresse la totalité de la circonférence, elle détermine une sténose bien centrée, à bords réguliers, qui en impose absolument pour un rétrécissement cicatriciel".

Il convient alors de se méfier lorsque cette anomalie siège loin d'un des points d'élection des rétrécissements cicatriciels qui, par ordre de fréquence, ont bien : à la région broncho-aortique, puis dans la région de la bouche et du cardia.

Les cas que nous avons cru intéressant de rapporter entrent dans cette variété. Ils ont soulevé des difficultés diagnostiques que nous envisagerons à propos de chacun d'eux.

L'extension en hauteur du rétrécissement était variable selon le cas. De ce fait, il faut distinguer les formes en fuseau quand la sténose est étendue, de celle en virole.

Mais dans tous les cas, nous y insistons, les rétrécissements étaient bien symétriques, axiaux, et surtout réguliers. Caractères qui ne se sont pratiquement pas modifiés lors d'exams répétés (voir Obs.1 en particulier).

Dans cette exploration radiologique de l'oesophage, encore bien mal connue, à propos de cas aussi difficiles, on est peut être en droit d'espérer quelques précisions d'examens encore peu courants tels la ciné-radiographie et la radiokymographie.

I - La ciné-radiographie :

Cette méthode permet de bien montrer sous toutes les incidences la dynamique de l'oesophage et de préciser la souplesse de ses bords, l'état de ses plis. Cette multiplicité d'images, et d'incidences, que l'on peut revoir à loisir, présente un avantage indiscutable sur la graphie habituelle et la scopie même améliorée par les procédés récents d'amplificateurs de brillance.

II - La radiokymographie :

PESCHE.G. et NEUMAIER F.enfin, (in il.Valsalva : août 1953) insistent sur l'apport de la radiokymographie des parois oesophagiennes dans le diagnostic des infiltrations d'origine maligne ou bénigne :

En cas d'infiltration maligne de l'oesophage il n'y aurait aucune transmission de la pulsatilité normale alors qu'elle serait exagérée, normale ou diminuée dans les sténoses bénignes.

La pulsatilité serait du reste normale sur la colonne opaque au-dessus et au-dessous de la sténose cancéreuse dont on apprécierait bien ainsi l'extension exacte.

Enfin, nous ne saurions terminer ce chapitre sans insister sur la nécessité de rechercher d'autres localisations cancéreuses, de ne pas se contenter d'un examen oesophagien mais aussi de l'estomac en particulier.

Si, dans certains cas de cancer gastrique -et nous y reviendrons- il peut toujours y avoir une propagation oesophagienne, une double localisation, dont la fréquence et le mécanisme restent à élucider, est toujours possible. A ce sujet, nous ne pouvons manquer de souligner l'atteinte gastrique dans 2 cas (Obs. M. N°1 et N° cinq) sur ceux que nous rapportons personnellement.

Dans le même ordre d'idée, nous citerons les articles de HUGUENIN, GERARD-MARC'ANT, SCHLUMBERGER a propos des cancers oro-pharyngo-oesophagiens : huit cas de propagations cancéreuses furent facilement réunis sur leur groupe d'observations. (Cf. Les cancers trachéo et broncho-oesophagiens : Soc.Fr.de Pathol.respiratoire : 12 Oct.1947 : R. Huguenin, G. Brûlé et ROSE y;)

CHAPITRE - III
- 3 - 2 - 2 - 2 - 2 - 2 - 2 - 2 - 2 - 2 -

CHAPITRE III
-:-:-:-:-

Nous allons rapporter, dans ce chapitre, quelques observations de cancer ayant présenté, radiologiquement, les caractères atypiques dont nous venons de parler.

Nous aurons l'occasion, à propos de chaque observation, de souligner les difficultés radiologiques et parfois aussi cliniques qu'elles ont présentées.

-:-

Nous rapportons d'abord cette observation à laquelle nous avons fait allusion au début de ce travail.

Après une évolution anormalement longue, déconcertante, chez cette malade opérée d'un sein, un dernier contrôle gastrique et opératoire permet d'affirmer une linite gastrique associée. Nous n'avons pu avoir, malheureusement, vérification histologique de l'oesophage lui-même, mais un nombre suffisant d'arguments nous permet de considérer comme cancéreuse cette localisation oesophagienne réalisant un véritable aspect linitique.

Nous aurons d'ailleurs l'occasion de développer ces arguments à propos d'une médiastinité cancéreuse opérée par le Docteur J.L. LORTAT-JACOB et qui, radiologiquement du moins, avait un caractère identique.

- M..., âgée de 53 ans, consulte en 1945 à l'Institut du Cancer. Elle a été opérée en 1944 d'un épithélioma du sein et vient demander si des irradiations sont nécessaires ; elles sont déconseillées en raison de l'absence d'adénopathies et de métastases. Trois ans plus tard, elle est opérée pour rétraction de l'aponévrose palmaire.

- Le 23 Mars 1950, M..., revient à l'Institut en gastro-Entérologie pour des troubles apparus huit mois auparavant, lors d'une grave émotion qui lui avait occasionné une sensation de blocage rétrosternal absolu pendant plusieurs heures.

Depuis, la malade accuse une dysphagie plus discrète, mais permanente et élective (viandes rouges et oranges) et une certaine lenteur dans la déglutition des autres aliments. La dysphagie s'accompagne d'une irritation oesophagienne à l'union des tiers moyen et inférieur, entraîne parfois des quintes de toux, plus rarement des régurgitations. L'état général demeure excellent. La radio numéro 1 montre un oesophage régulièrement atrésié, en bissac, en sablier, au tiers moyen, avec légère dilatation sus-stricturale. Atrésie régulière et axiale, à contours nets ; partie sous-jacente normale. L'oesophagoscopie confirme la dilatation fusiforme du premier segment ; à 25 centimètres, on tombe sur le rétrécissement ; absence de caractère cicatriciel ou néoplasique ; signes d'oesophagite discrète. Le rétrécissement affecte l'aspect d'un "véritable aphincter avec plis radiés". Au tampon explorateur : impression de bague fibreuse ; en-dessous, le calibre paraît redevenu normal. Echec du franc issement par l'endoscopi.

- biopsie pratiquée sur les plis radiés. (Dr. VERMES) :

Présence exclusive de lames malphigiennes abrasées.

- En Juillet 1950, deuxième blocage avec dysphagie totale après ingestion de crabes. Oesophagectomie proposée par le Chirurgien qui pose le diagnostic de néo-oesophagien. Dissolution du spasme par infiltration stellaire et Br.intraveineux. Deuxième oesophagoscopie retrouve le même aspect avec oesophagite locale (tamponnements adrénaline et collargol).

- En Octobre 1950, M..., consulté pour douleur de l'hémi thorax et névralgie cubitale droites. Absence de métastase. Bon état général. A la radio numéro 2 : rétrécissement des tiers moyen et inférieur avec dilatation sus-jacente.

- Le 13 décembre 1950, la malade revient consulter le Docteur CHENE pour du pyrosis ; la dysphagie discrète doit être recherchée à l'interrogatoire. La radio numéro 3 est superposable au cliché précédent. La malade, qui manifeste une vive émotivité est confiée à la liaison psychiatrique. La malade sera dès lors suivie simultanément ou alternativement par les Gastro-Entérologues et les Psychiatres, selon la prévalence des symptômes, mais aussi au gré de ses caprices et des influences étrangères qu'elle subit.

- Le 10 Février 1951, un troisième blocage, brusque coïncide avec les premières investigations analytiques profondes. Oesophagoscopie : Endoscopé poussé à 30 cm. trouve un sphincter moins rétréci mais toujours infranchissable par l'oesophagoscope. Une sonde de gros calibre franchit sur 5 cm. le spasme sous-jacent et descend facilement en dessous. Vers 40 cm., elle déclenche des quintes de toux et des régurgitations gastriques. Après l'examen, déglutition sans difficulté de deux verres d'eau. Pendant trois jours, persiste cette obstruction singulière, malgré les apparences, elle n'est pas absolue, puisque M..., outre des régurgitations, a des vomissements et qu'elle se montre peu déshydratée. Ces troubles contrastent avec ceux des précédents blocages. Ils sont accompagnés de réactions caractérielles vives. Le caractère insolite des troubles physiques, la dénutrition rapide, l'échec de l'instrumentation, la connaissance d'une personnalité hystérique décident de son isolement en clinique psychiatrique? La faradisation et le passage d'une sonde alimentaire échouent : l'obstacle est finalement vaincu par suggestion catégorique au quatrième jour. Les radios n'ont pu être pratiquées au cours de cet accident ; les examens postérieurs montrent un estomac normal et la même structure oesophagienne.

- Le 10 Mars 1951, quatrième blocage dans des circonstances indéterminées : La malade, qui se soustrait à l'action de l'équipe, fait vérifier la matérialité par radio (N°4) qui montre un arrêt absolu de la baryte au tiers inférieur; le débouchage est aisé, quoique l'obstruction fût complète.

Les Gastro-ntérologues ultérieurement consultés font envisager l'intervention chirurgicale.

- Le 8 Novembre 1951, M..., est revue ; la malade et son entourage ayant "boudé" depuis mars, ses médecins habituels pour consulter un guérisseur. Pendant ces 7 mois d'absence, deux ordres de faits seront produits :

- a) disparition de la dysphagie résiduelle et permanente, absence de tout blocage aigu. La radio (N°6) montre une augmentation frappante, sinon totale, du calibre oesophagien dans la zone atrésiée avec toutefois persistance de la dilatation sus-jacente.
- b) La malade a fait en avril un épanchement pleural de la base droite vérifié radiologiquement (N°5) avec état fébrile. La présence de sang à la ponction fait envisager une pleurésie métastatique par son médecin de famille qui prescrit une cure intensive de testostérone. Le pleurésie s'améliore rapidement (N°7) et, dès le mois de mai, la malade accuse une reprise de son état général, de son activité et de son entrain ; le réveil génital est contemporain. Ses fonctions digestives sont également stimulées : la dysphagie disparaît totalement pendant 6 mois.

- En Janvier 1952, réapparaît momentanément la névrite cervico-brachiale et M., accuse à nouveau des sensations d'écorchement au niveau de son oesophage. Dans le courant de Février, la dysphagie se réinstalle progressivement et le 10 mars, M., fait son cinquième blocage au cours d'un repas de famille ; elle reçoit les soins de son médecin local et est finalement "débloquée" par instrumentation. La radio (N°8) confirme l'arrêt au niveau du tiers inférieur.

- Le 5 Juin 1952, la malade consulte en Gastro-Entérologie.

- Elle a maigri et accuse des vomissements fréquents à type d'intolérance gastrique qu'elle décrit comme une gêne bas gastrique et non plus rétrosternale.

- A la radio, aspect de l'oesophage identique : Estomac court à région pylorique allongée, effilée, rigide sur la totalité des films, sans contraction visible.

Chez tout autre malade, le diagnostic d'infiltration linitique aurait été posé sans la moindre hésitation, mais l'étrangeté du passé pathologique conduit à contrôler radiologiquement un mois plus tard après traitement anti-spasmodique intensif (N°9). Les nouveaux clichés sont absolument superposables aux précédents.

- Une intervention est pratiquée le 20 Juillet par le Dr. REDON.

Il découvre un estomac infiltré du cardia au pylore, d'allure linité, mais plus élastique que classiquement. Il existe des nodules intestinaux (grêle et côlon) en grains de plomb, surtout au niveau de l'angle duodéno-jéjunal. Les lésions semblent dépasser le diaphragme. Prélèvement d'un ganglion de la grande courbure.

- Histologie (Dr. VERMES)

Groupe ganglionnaire et tissu conjonctif avoisinant présentent des zones métastatiques étendues ayant la structure d'un épithélioma atypique montrant une tendance accusée à l'individualisation de ses éléments. Fréquentes mitoses.

- La malade décède de Octobre 1952. Pas de vérification par opposition de la famille.

OBS. N°2

Nous rapportons à la suite de l'observation N°1 un cas publié par MAYOUX et DUMAREST à la Soc. d'O.R.L. de Lyon le 11 Février 1915.

Si les seuls examens radiologiques pratiqués à cette époque ne furent que scopiques, malheureusement, leur description satisfaisante -les endoscopies et la vérification anatomique ultérieure de cette sténose- sont des éléments très suffisants pour que nous puissions la classer parmi nos observations : elle est du reste en partie superposable au cas N°1.

-:-:-

STENOSE OESOPHAGIENNE D'ASPECT CICATRICIEL

DE NATURE CANCEREUSE METASTATIQUE

MM. MAYOUX & DULAREST

(Soc. d'O.R.L. de Lyon - 12 Février, 1945)
p. 336

Résumé de l'observation : Mme B..., 50 ans

- Début en Avril 1944 par épisode dysphagique
- 1ère consultation : Juin 1944 - Dysphagie capricieuse (rôle des contrariétés).
- Antécédents :
 - amputation du sein gauche deux ans auparavant de cause inconnue.
 - rien d'anormal depuis l'opération. (pas de brûlures, pas de caustiques, etc....)
- Le 13 Juin 1944 Examen radioscopique.

Rétrécissement oesophagien à bords très réguliers dans lequel le bouillie épaisse passe assez bien, mais qui arrête le cachet ; celui-ci ne peut traverser que déformé après ingestion d'un liquide.

Oesophagoscopie :

" A 24 cm., on est arrêté par un diaphragme percé en son centre d'un orifice qui admet facilement la sonde.

Le diaphragme lui-même est constitué par la muqueuse oesophagienne d'aspect un peu pâle mais sans ulcération ou infiltration.

L'oesophage est bien mobile dans cette région et l'orifice se rétrécit en expiration et s'élargit en inspiration.

- Une série de dilatations est pratiquée après cet examen.

Après un séjour à la campagne, on ne note aucune amélioration : crises de dysphagie
amaigrissement persistant.

- Le 7 Octobre 1944 :

Une oesophagoscopie est pratiquée :

" Le tube est complètement arrêté au rétroit broncho-ortique la muqueuse oesophagienne est à ce niveau oedématisée ; on ne retrouve plus le petit pertuis assez large précédemment signalé. On a l'impression d'un oedème inflammatoire".

- En Scopie :

" Arrêt de la bouillie au niveau de la crosse aortique. Légère dilatation oesophagienne sus-jacente.

Au-dessous, on voit au bout d'un instant, la bouillie filtrer par un trajet filiforme et l'oesophage reprendre très rapidement au-dessous de la sténose son aspect normal".

- B.V. = - -

- Le 17 Octobre : Oesophagoscopie : même aspect.
On introduit aisément une sonde dans le pertuis.

- Novembre 1944 :

Séances de dilatation.

- Toux

- Radiographie poumon : lésions bilatérales diffuses à type radiologique de sclérose, épaissie médiane, à point de départ hilair avec des nodules arrondis. Médi-diaphragme droit immobile. à la scopie.

- B.K. = 0

On considère les lésions pulmonaires et la sténose oesophagienne comme des métastases d'un cancer du sein ayant motivé l'opération sans auparavant et ceci malgré l'aspect cicatriciel de cette sténose confirmé encore par une nouvelle oesophagoscopie : Le, 19 Décembre 1944 :

- Muqueuse sensiblement normale, avec un petit pertuis excentrique qui ne paraît pas se modifier beaucoup.

Des séances de Radiothérapie sont instituées.

- Début Janvier 1945 :

- Dyspnée légère ; elle augmente et le malade meurt en état d'asphyxie et de cyanose le 8 Janvier 1945.

AUTOPSIE : 1°) Poumons

- Symphyse pleurale gauche (sein gauche opéré)
- épanchement pleural droit
- infiltration totale du lobe supérieur gauche
- à droite : collapsus et oedème pulmonaire.

2°) Oesophage

- un peu au-dessus de la crosse, on sent dans la paroi oesophagienne, à droite, un nodule très dur, de la dimension d'une amande mais beaucoup plus plat.

- L'oesophage ouvert montre une muqueuse pâle, d'aspect cicatriciel. Le calibre est, à ce niveau, nettement rétréci, mais c'est un rétrécissement large, admettant le doigt. La coupe du nodule montre qu'il s'agit d'un tissu blanchâtre, dur, absolument semblable à du tissu de cicatrice.

L'adénopathie médiastine est réduite à quelques ganglions très durs.

ANATOMIE-PATHOLOGIE

1°) Poumon : Tissu fibreux plus infiltré de quelques noyaux néoplasiques manifeste d'un carcinome épithélial atypique non glandulaire, à cellules claires.

2°) Oesophage : Sous une muqueuse normale, avec des glandes encore reconnaissables, un tissu fibreux, dur, avec, en profondeur, des boyaux isolés cellulaires néoplasiques dans la sous-muqueuse et la musculouse, mais dont l'exacte nature est impossible à affirmer (mauvaise fixation).

DISCUSSION

1) Rareté du néo secondaire de l'oesophage surtout à partir du Cancer du sein.

BERARD et SARGNON, 1927, en citent 1, cas.

GUISEZ en cite 3 cas. (3, 5, 14 ans après le cancer du sein).

2) L'auteur insiste surtout sur l'allure clinique et endoscopique de cette sténose maligne. (Alors que dans les cas précités, ceux de Guisez en particulier, des bourgeons néoplasiques ou une infiltration hémorragique était visible, la lésion oesophagienne de ce malade conserve constamment depuis son apparition insidieuse en Avril, jusqu'en décembre, le même aspect cicatriciel : régularité, intégrité complète de la muqueuse, mobilité de l'oesophage, avec une poussée inflammatoire à l'endoscopie du 7 octobre.

3) Evolution lente sans phénomènes douloureux. Les troubles fonctionnels étaient temporairement améliorés par la dilatation.

4) La mort à l'occasion de phénomènes aigus, en liaison avec la localisation pulmonaire diffuse du néo.

5) La notion de l'intervention antérieure seule permettait cliniquement, de rattacher à sa véritable cause cette lésion oesophagienne d'allure cryptogénétique avant les troubles pulmonaires. En pareil cas, c'est toujours au néo qu'on pense et la notion étiologique fournie par les antécédents fait le diagnostic.

Mais cette observation, malgré son caractère exceptionnel incite peut-être à apporter une légère réserve à la sécurité donnée par les signes radiologiques et endoscopiques de bénignité des sténoses oesophagiennes;

Monsieur DEM...., âgé de 48 ans, est adressé par le Docteur
Lacaille, le 4 Juillet 1953.

Alors qu'à part des digestions lentes par intervalles, il
ne présentait aucun trouble important, depuis 3 mois, il accu-
se, surtout la nuit, une "barre" au creux épigastrique.

Cette "barre" survient tous les 2-3 jours, sans aucune
électivité.

- Pas de nausées. Le malade se sent bien ensuite.

Puis ce malade sédentaire, émotif, tachyphage, fumeur,
s'aperçoit qu'il maigrit (3-4 Kgrs. depuis le début).

- Le tableau se modifie au bout d'un mois environ.

- Mr. DEM...., accuse des douleurs rétro-sternales, une
gêne, une sensation de blocage. Souvent, au réveil, suivi
du rejet de gaz soulage. Au début, la gêne, les douleurs étaient
après les repas, non au passage des aliments. Dans le second
temps, la consistance des aliments intervient : les plus
solides étant plus gênants que les pâteux et les liquides.

La sensation de blocage, d'écœurement et parfois renvois
d'aliments apparaissent. Rien à retenir dans les antécédents
à part rougeôles et diphtérie dans l'enfance.

- Un contrôle radiologique a révélé sur l'œsophage,
une zone rétrécie régulièrement avec légère dilatation sus-
jacente et un aspect régulièrement tunnelisé sur 3 cm. à la
hauteur du 1/3 inférieur.

- Le Dr. Largeteau a pratiqué une œsophagoscopie qui n'a
montré qu'une atrésie régulière à muqueuse normale et a con-
clu à spasme.

- Le malade est mis en observation, aux antispasmodiques.

- Revu le 6 août 1953 -

Malgré le traitement aux antispasmodiques, il se sent plus
fort, n'a pas maigri, conclut-il. Mais il ne peut s'ali-
menter qu'avec des aliments mous ou liquides. Les solides sont
assez régulièrement rejetés.

- Un deuxième contrôle radiologique (Dr. Liquier) montre
le même aspect du 1/3 inférieur : atrésie tunnelisée à contours
nets, ni dilatés, ni en fructueux, avec retour à la complesse
au-dessous et dilatation modérée au-dessus. L'estomac est
atone. La poche à air volumineuse. Aucune lésion gastro-duo-
dénale.

- Une seconde œsophagoscopie montre, à 32 cm. des arcades, un bourrelet ferme, moins mobile que le reste de l'œsophage. La muqueuse est un peu fragile, sans bourgeon ni ulcération.

- Une biopsie pratiquée ne montre (Pr. Delarue) : aucun aspect néoplasique, un légal hyperplasie de la muqueuse.

Le malade insiste pour continuer le traitement médical, répugne à la radiothérapie proposée, se sentant mieux. La surveillance est maintenue devant l'hésitation du diagnostic.

- En Septembre 1953 :

La dysphagie devenue permanente interdit toute alimentation solide ; seuls passent les liquides.

- Sialorrhée discrète.

- A noter l'action inverse de l'atropine qui augmente le spasme. Le malade va consulter en vue d'une intervention le Docteur Michel ARSAC.

- Un nouvel examen radiologique montre alors des lésions un peu plus tortueuses qu'en Juillet, mais néanmoins, le peu de différence entre les radios de mars, juillet et de la fin septembre avaient fait évoquer la possibilité d'une lésion bénigne.

- Le 16 Octobre 1953 - Intervention. (Dr. ARSAC).

Thoraco-laparatomie gauche - Lésion infiltrante dont le pôle supérieur est à trois travers de doigt sous la crosse. La tumeur mesure environ 4 à 5 centimètres de haut.

Il n'y a pas d'envahissement pleural ni de métastases ganglionnaires perceptibles.

Quelques adhérences localisées obligent à la résection d'une portion de péricarde et de la plèvre du côté opposé.

- On peut, heureusement parvenir à la reformer de manière satisfaisante.

- Résection de la chaîne ganglionnaire coronaire stomachique et de la petite courbure.

- Ascension aisée de l'estomac sous la crosse et après avoir dépassé de 4 cm. le pôle supérieur de la tumeur, on pratique l'anastomose œsogastrique termino-latérale en trois plans immédiatement sous la crosse aortique.

- Suites opératoires normales, lever le soir de l'intervention.
- Sort de la clinique le 6ème jour.

HISTO-DIAGNOSTIC : (Professeur DELARUE)

Tumeur de l'oesophage thoracique de la jonction du 1/3 moyen et du 1/3 inférieur.

Les coupes intéressent toute la hauteur du segment de parois soumis à l'examen montrent que celui-ci comprend apparemment la totalité du foyer tumoral dont les limites sont manifestement dépassées en haut comme en bas par l'excès chirurgical.

Il s'agit d'une tumeur ulcérée.

- d'un côté l'ulcération est bordée par une muqueuse malpighienne un peu hyperplasique et papillomateuse réalisant un aspect de muqueuse oesophagienne subnormale.

- de l'autre côté en revanche, l'ulcération est bordée par une muqueuse glandulaire de type gastrique :

Il s'agit d'une tumeur tubulo-glandulaire constituée par de volumineux tubes épithéliaux glandulaires de bordure cylindrique de type intestinal Lieberkinnien métaplasique.

Certains de ces tubes sont étroits, beaucoup d'autres sont très larges et remplis d'une abondante substance mucoïde au point qu'au centre de la tumeur c'est l'aspect d'un épithélioma colloïde qui se trouve réalisé.

- La charpente conjonctive accompagnant la prolifération épithéliale est assez grêle : Il s'agit d'une tumeur ulcéro-infiltrante. Toute l'épaisseur de la musculose est largement envahie.

- Dans la chaîne conjonctivo-interstitielle péri-oesophagienne, s'observent de multiples petits tubes épithéliomateux qui sont plus volontiers localisés autour des vaisseaux et le long des gaines lymphatiques perinerveuses.

- Le ganglion étudié d'autre part (appartenant au groupe stomachique) est occupé par un foyer métastatique control qui présente des caractères histologiques identiques à ceux de la tumeur originelle, réalisant l'aspect d'un épithélioma Lieberkinnien de type colloïde muqueux.

Les constatations faites ici sont assez surprenantes. En raison de la localisation de la tumeur, la structure glandulaire oblige à conclure qu'il s'agit : ou bien d'une tumeur en réalité développée sur le versant gastrique d'un cardia anormalement haut situé, ou bien qu'il s'agit d'une métastase oesophagienne haute d'un épithéliome gastrique latent.

Cette deuxième hypothèse est peu plausible, la première est beaucoup plus vraisemblable en raison de la présence d'un très petit segment de muqueuse gastrique normale en bordure de l'ulcération néoplasique et aussi de l'existence d'une métastase dans le ganglion coronaire stomachique étudié.

-:-:-

:

POUR LE DOCTEUR ARSAC :

- Anatomiquement : le cardia normal était bien individualisé au-dessous du diaphragme avec un angle de His normalement formé.

- Le bord inférieur de la tumeur siégeant trois à quatre travers de doigt au-dessus, dans ce cas ne pourrait-il s'agir de la dégénérescence épithéliomateuse d'une plaque oesophagienne de métaplasie gastrique ?

RESULTATS ELOIGNES

- Le malade revu 6 mois après l'intervention mange normalement et va bien.

- Aucun trouble du transit.

OBS. N°4 - (cf. clichés V et VI)

Monsieur D'H...., Raymond - 72 ans - (obs. résumée).

- Malade adressé à l'Institut Gustave Roussy pour dysphagie progressive et sialorrhée discrète le 2 Mars, 1953.

- Fin Novembre 1953 : le malade n'a pas attaché d'importance à un premier blocage fugace au cours d'un repas copieux.

- Fin décembre 1953 : C'est à dire deux mois avant sa première visite à la consultation de gastro-Entérologie, il fait un blocage brutal : pendant deux jours seuls les liquides arrivent à passer.

- Depuis cet épisode, la dysphagie s'est accentuée.
- Il y a peu de sialorrhée
- Pas d'amaigrissement.
- Pratiquement, on ne note pas d'antécédents de brûlures oesophagiennes ou d'ingestion de toxiques.

- Son médecin fait pratiquer un examen radiologique de l'oesophage par le Docteur FABRE, immédiatement après le 2ème épisode dysphagique.

Les clichés du 28.12.53 montrent :

- Un rétrécissement de la partie moyenne de l'oesophage dont le calibre est réduit à un défilé assez étroit, bien régulier, non dilatable par la bouillie barytée ou l'insufflation oesophagienne par sels effervescents.

- Cette image est identique sous toutes les incidences : elle s'étend sur environ 3 centimètres de haut. Le relief muqueux est normal. Enfin, ce rétrécissement est entouré par une zone plus dense qui contraste sur la clarté de l'espace rétro-aortique et semble correspondre à une virole.

- Il existe une dilatation notable du segment sus-jacent.

Le 2 Mars 1954 : Le malade, sur les conseils de son médecin, se décide à consulter en Gastro-Entérologie.

- Une oesophagoscopie (Dr. G. BRULE) est pratiquée.

Oesophagoscopie : Dr. BRULE - Le 2.3.54

- Après avoir eu du mal à progresser par la suite de refoulement, tantôt à gauche, tantôt à droite, refoulement dû vraisemblablement à des compressions extra-oesophagiennes, nous tombons à 29 cm. des arcades dentaires, sur un rétrécissement régulier : orifice punctiforme d'où irradient des plis réguliers.

- Seule la partie droite de ce rétrécissement semble un peu saignotante. Nous pratiquons à cette hauteur une biopsie.

- La sous-muqueuse semble particulièrement dure.

Examen histologique - Dr. LOISILLIER - 2.3.54

- Le prélèvement examiné montre une lame de revêtement superficiel très hyperplasique.

- Le peu d'étendue du prélèvement ne permet pas une appréciation univoque du processus en cause.

- On aura intérêt, étant donné les altérations cytologiques, à procéder à une biopsie de contrôle.

11.3.54 - Actuellement : la dysphagie s'est atténuée depuis Noël, le malade, qui est resté pendant 2 mois à n'absorber que des liquides, avale facilement purée, viandes, hachées. Seuls les aliments durs (croûtes de pain) ne passent pas.

Assez bon état général.

On décide un traitement par bêtathérapie.

- le 21 Mars 1954 :

Mort rapide par complication cardiaque.

I - AUTOPSIE - (Dr. Loisillier) - 21/III/54

Diagnostic anatomique :
- Cancer de l'oesophage
- atrophie brune du myocarde
- Néphrite épithéliale.

Etude de l'oesophage :

1) Trois zones de coloration différentes : A 11 cm. au dessous du pharynx d'aspect rose blême, avec quelques

plaques de leucoplasie.

2) A la partie médiane, aspect blanc nacré, dans cette partie, à son extrémité inférieure, on constate une diminution de calibre d'environ 1cm.1/2.

- A ce niveau, la muqueuse est surélevée, épaissie et on observe, sur 2 cm. de hauteur, quelques aspects de nécrobiose.

3) A la partie inférieure, il existe un aspect de leucoplasie assez marquée.

- Ganglions du cou et du médiastin : Adénopathie trachéo-bronchique banale.

II - Examen histologique (Dr. Loisillier)

1) Trachée : Erosion muqueuse partielle ; en profondeur formation de quelques kystes muqueux aux dépens de glandes dilatées qui montrent l'image de l'infiltration intra-alvéolaire pro-gangréneuse.

2) Œsophage : Un fragment d'œsophage montre une érosion muqueuse partielle. En profondeur, on observe des altérations cytologiques marquées et des lésions d'endovascularite.

Sur divers autres fragments on observe :

- une persistance de l'épithélioma dont les éléments ont subi des lésions particulièrement accentuées. La densité de la nécrose est considérable, elle porte sur tous les éléments.

- Dans le tissu conjonctif, on observe :

1°) Une lésion d'endo-vascularite assez marquée avec nécrose fibrinoïde.

2°) Des signes cytologiques de l'action du traitement.

OBS. N°5 - (cf. c. l. c. s. n° VII et VIII)

Nous avons classé ici cette observation de cancer, non pas qu'elle ait présenté des difficultés diagnostiques importantes à la période où nous avons vu le malade, mais uniquement pour son aspect radiographique atypique:

- suspect malgré tout par la présence d'une image en "pastille" appendue au-dessous de la striction lors d'une première série de clichés le rétrécissement, sur la 2ème série pratiquée quelque temps plus tard, avait encore une fois cet aspect régulier, axial, bien symétrique, mais l'image appendue avait disparu. On pouvait penser à un ulcère dont la niche aurait disparu.

- La biopsie était négative ; on voit ici l'intérêt de l'aspiration.

- Biopsie faite par le Docteur BRULE et sur la valeur de laquelle il a déjà insisté.

Il est bien certain que sans elle et avec le 2ème aspect radiologique, le traitement radiothérapique n'aurait pas été institué aussi rapidement.

-:-:-
:

Monsieur G....., Emile - 50 ans.

- Le malade est vu le 23.II.54 à l'Institut Gustave Roussy, pour dysphagie et amaigrissement progressifs.

- Depuis Octobre 1953, on note :

- une dysphagie aux solides, intermittente au début.

- Pas de douleurs à la déglutition, mais

- une sialhorrée importante.

- L'appétit est conservé - pas de vomissements, pas d'éruptions douloureuses.

- L'amaigrissement est de 12 à 15 Kgrs en 5 mois.

- Depuis deux mois :

- la dysphagie aux solides est devenue permanente,

- Les liquides passent normalement.

- Une première radio est pratiquée en province début Novembre, c'est à dire trois semaines après le premier coup de dysphagie.

Elle montre :

- Un rétrécissement de la partie proximale du 1/3 inférieur de l'oesophage surmonté d'une dilatation.

Ce rétrécissement est régulier.

Le 23.2.54 - Oesophagoscopie (Dr. BRULE)

Oesophage dilaté dans son ensemble ; à 35 cm des arcades dentaires, on tombe sur un rétrécissement dont les rebords, bien réguliers, sont un peu turgescents, évoquant un bourrelet hémorroïdaire.

Ce qui est surprenant dans ce rétrécissement, c'est qu'il est très pulsatif et très mobile.

Pensant qu'il y a une part de spasme dans ce rétrécissement, on tamponne avec de la pantocaïne et après aspiration on a l'impression que le spasme cède un tout petit peu pour

laisser apparaître à 8 heures l'extrémité supérieure d'une ulcération qui ressemble à s'y méprendre à un ulcus vrai.

On essaie de faire une biopsie au bord de cette ulcération, mais on ne ramène qu'un fragment extrêmement superficiel.

- Une aspiration biopsie est donc pratiquée au travers de ce rétrécissement, l'extrémité inférieure de l'aspiration descendant largement dans l'estomac.

Dès les résultats de la biopsie, le malade est convoqué, en vue d'un traitement à l'Institut Gustave Roussy.

- A son retour : une nouvelle série de clichés en vue du repérage précis pour la Bêta-thérapie est demandée. (19.III.54).

- La baryte liquide passe facilement à travers un rétrécissement moyennement serré s'étendant en apparence, sur trois centimètres environ.

- On ne retrouve plus que ce rétrécissement très régulier sous des incidences multiples, après insufflation oesophagienne on ne peut remettre en évidence l'image d'addition symétrique au-dessous de la striction.

- La sténose, radiologiquement, du moins, n'a aucun des caractères classiques faisant suspecter la malignité.

Nous insisterons encore pour terminer sur l'apport précieux de l'aspiration-biopsie dans ce cas particulier :

-(8 Avril) - Au cours du traitement par le Bétatron, le malade présente brusquement un syndrome hémorragique intestinal avec état de collapsus.

- Un contrôle gastrique pratiqué le 2.8/4/54 montre sur la région antrale, une zone lacunaire de la petite courbure bien visible sur les séries et faisant évoquer la possibilité d'une deuxième localisation néoplasique.

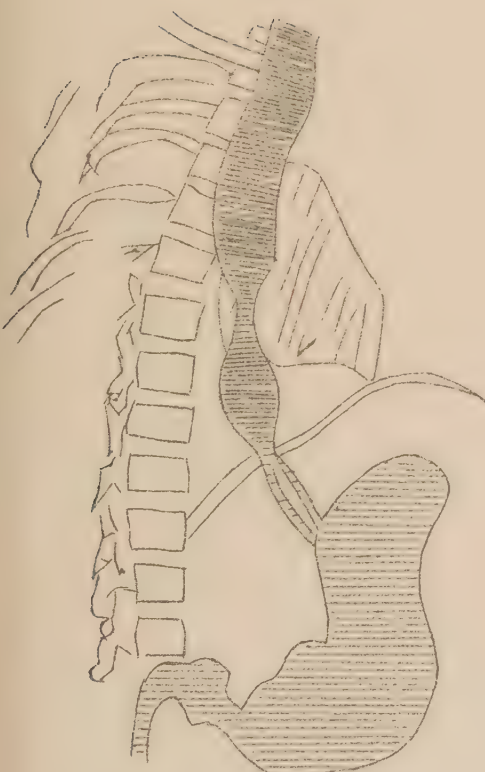
- Le malade est mis au repos, son état actuel, après traitement radiothérapique ne permettant pas d'envisager l'intervention chirurgicale.

Encore une fois, nous insistons à propos de cette observation sur la nécessité du contrôle gastrique chez tout les cancéreux de l'oesophage.

ADENO-CARCINOME PRIMITIF DE L'OESOPHAGE

SIMULANT UNE LESION BENIGNE

J.L. GOLDMANN & Coll.
(J.A.M.A. : 10 Mai 1952, 149-2, pp. 144-145)



- Il s'agit d'une femme de 45 ans qui se plaint depuis neuf mois d'une dysphagie.

- Elle a maigri, en trois mois, de 900 Grammes.

- L'examen radiographique révélait un rétrécissement régulier bien limité de l'oesophage, à 11 centimètres au-dessus du diaphragme.

- La masse avait des bords nettement délimités, la muqueuse un aspect radiologique normal ; il n'y avait pas de preuve d'ulcération.

- L'oesophagoscopie a permis de constater un rétrécissement régulier.

- A l'oesophagoscopie : à 30 cm, existe une tumeur dure, saillante, dont la surface semble intacte, mais ridée.

- A l'histologie, on trouve un cancer glandulaire. La tumeur se développe aux dépens des glandes sous-muqueuses de l'oesophage.

Ces cas sont rares ; dans une série de 89 malades de GOLDMAN, il n'y en avait

que deux cas. Le cancer glandulaire survient beaucoup plus souvent comme l'extension secondaire à travers le cardia d'une lésion gastrique.

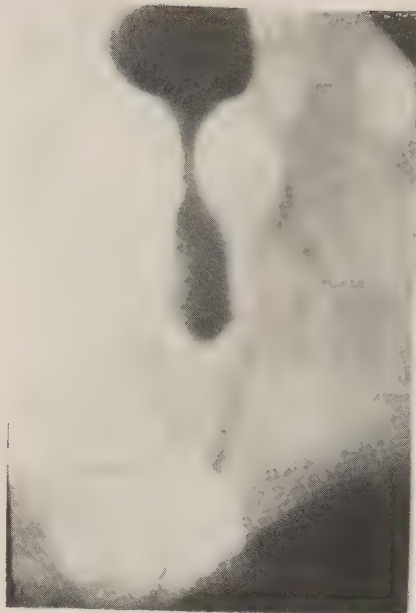
D'ailleurs, l'intervention confirme ces résultats d'examen : il n'y a aucune lésion primaire sur l'estomac ; pas de métastases ganglionnaires. Il s'agit d'une lésion circulaire siégeant dans la paroi œsophagienne à la jonction du tiers inférieur et du tiers moyen, le muqueux sur la tumeur est intacte. Il n'y a pas d'envahissement extra-œsophagien. La lésion semble naître des glandes sous-muqueuses.



OBS. 1. — CLICHÉ I



OBS. 1. — CLICHÉ II
(Cl. Markowitz)



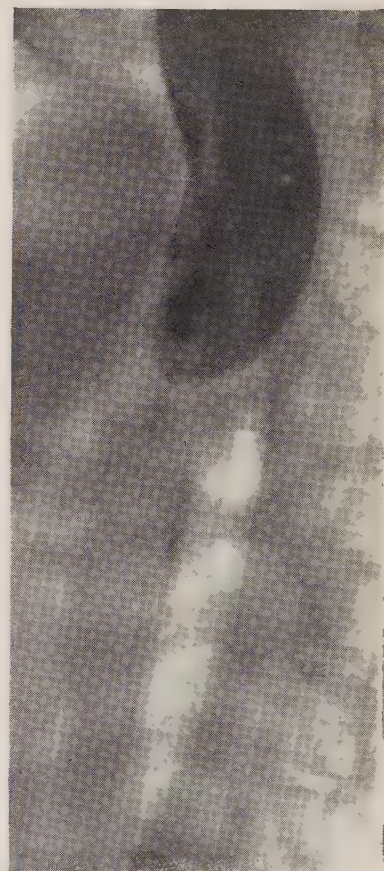
OBS. 3. — CLICHÉ III



OBS. 3. — CLICHÉ IV



OBS. 4. — CLICHÉ V



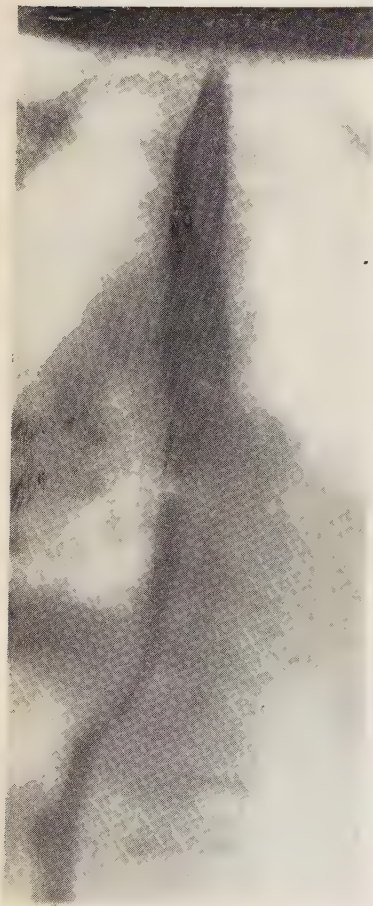
OBS. 4. — CLICHÉ VI



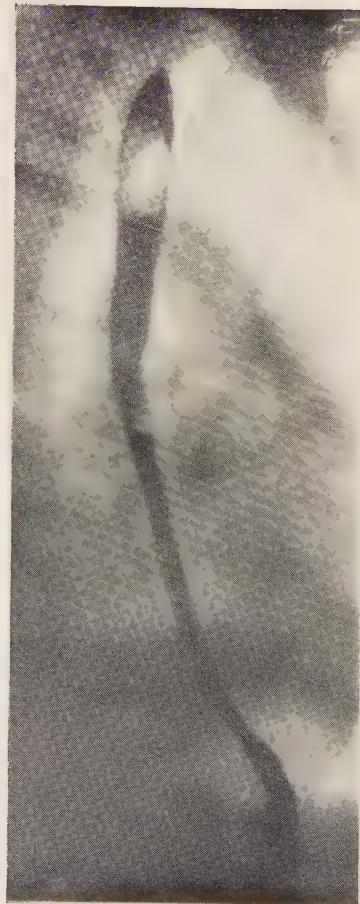
OBS. 5. — CLICHÉ VII



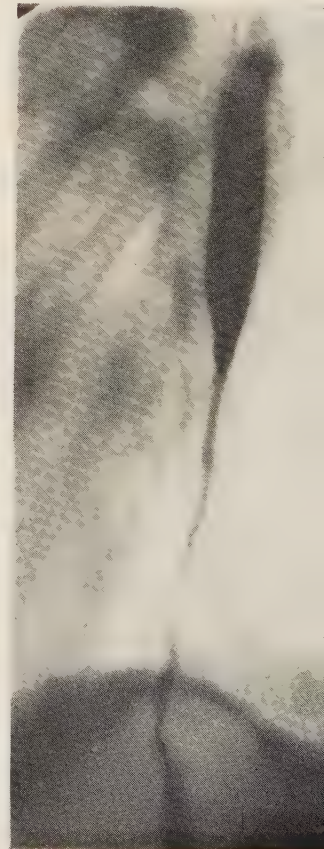
OBS. 5. — CLICHÉ VIII



CLICHÉ IX



CLICHÉ X



CLICHÉ XI

CHAPITRE - IV

LE DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL DES CANCERS OESOPHAGIENS

A TYPE D'ATRESIE REGULIERE FUSIFORME

-:-

LE DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL DES CANCERS OESOPHAGIENS

A TYPE D'ATRESIE REGULIERE FUSIFORME

C'est après élimination du cancer chez un homme de la cinquantaine environ que l'on est en droit de penser aux autres causes de Dysphagie. Aussi, serons-nous brefs sur leur énumération.

- Notre étude répétons-le porte sur la zone sous-jacente à la bouche oesophagienne et sus-jacente au passage diaphragmatique, ces deux régions étant exclues.

- Intentionnellement, nous avons mis à part les diagnostics aisément confirmés par différents examens et ne posant pas de difficulté même avec cancers atypiques.

- Nous avons classé ces différents diagnostics différentiels en trois groupes :

§ I - celui des organicités d'origine extrinsèque

§II - celui des organicités d'origine intrinsèque

dans le §III- celui des mis les chapitres discutables concernant les dyskinésies et la myomatose de l'oesophage.

- Pratiquement nos cas de cancers présentent essentiellement des problèmes diagnostiques avec les rétrécissements cicatriciels secondaires aux oesophagites et certains aspects "spasmodiques" prolongés.

§ I - LES ORGANICITES D'ORIGINE EXTRINSEQUE

Nous nous limiterons seulement à l'étude de quelques observations nous ayant paru intéressantes par les difficultés de l'établissement du diagnostic.

LES MEDIASTINITES

A - Voici deux cas de médiastinites cancéreuses que nous devons à l'extrême bienveillance du Professeur J.L. LORTAT-JACOB et qui présentaient radiologiquement des aspects identiques à ceux que nous avons décrit :

- Il s'agit de deux malades, toutes les deux opérées d'un cancer du sein six ans et douze ans auparavant.

- Des radios pratiquées à la suite d'épisodes dysphagiques ont montré des images superposables dans les deux cas d'infiltration étendue, régulière, de l'oesophage inférieur.

- Il s'agissait d'infiltration diffuse de l'oesophage liée à une médiastinite cancéreuse secondaire au néoplasme du sein. Signalons que GUISEZ (in Bull. d'O.R.L. et de Broncho-oesophagoscopie de Janvier 1928 : "Sur quelques formes anormales de cancer de l'oesophage") cite 3 cas de malades opérées aussi de néo du sein et ayant présenté des localisations oesophagiennes 1 an, 5 ans et 3 ans plus tard.

Voici le résumé des observations du Docteur J.L. LORTAT-JACOB :

OBS. 1 - Mme COND ... 59 ans (voir cliché N° I.A. 36 4)
vue le 24.3.52

Malade de 59 ans opérée d'un néo du sein 6 ans auparavant.

- dysphagie depuis 6 mois (capricieuse)
- ombre pleurale droite à la radio (les radiologues éliminent tout épanchement pleural).

- Radio : oesophage rigide à sa partie moyenne, faisant suite à une zone plus souple et légèrement dilatée. La partie rigide intéresse l'oesophage thoracique inférieur, aucune onde en scopie.

- Nouvelle radio thoracique : le radiologue élimine de nouveau toute pleurésie et le médecin attribue l'essoufflement à une origine "névropathique"!

Médecins et radiologues affirmant qu'il n'y avait pas de liquide pleural, on décide l'intervention.

- Le 2.5.52 : Thoracotomie gauche. Liquide pleural gauche plus métastases sus et sous-pleurales phréniques et médiastinales sus et surtout sous-aortiques.

Infiltration diffuse de l'oesophage sous-aortique.

On referme

Syncope 10 minutes après

Réouverture : réanimation cardiaque par défibrillation par 110 volts.

Massage du coeur

Transfusion intra-aortique

Survie cardiaque 1 h 30 - puis mort.

On contrôle alors la plèvre droite réputée sèche :

- 2 litres de liquide.

OBS.2 - Mme K.... 52 ans - (Image superposable à celle de Mme C)
vue le 9.5.52
opérée d'un cancer du sein en 1940.

- Dysphagie depuis un an (capricieuse).
- Quintes de toux depuis Janvier 1951
- Voix modifiée depuis 2 mois
- Pleurésie en octobre 1951
- A droite : opacité pulmonaire à 14 cm. (tomos)

Diagnostic : Médiastinite cancéreuse. Tube de Souttas-Resano.

On conçoit les difficultés diagnostiques que posent ces observations avec notre observation N°1 en particulier. Certes, dans ce dernier cas, l'absence de constatations nécropsiques laisse le champ libre de toutes les hypothèses ; cependant, trois arguments autorisent, nous semble-t-il, à ne pas interpréter ce fait comme entrant dans le cadre du retentissement oesophagien d'une médiastinite cancéreuse secondaire à un néo du sein et ceci malgré la reconnaissance de cette atteinte dans les antécédents de cette malade :

19- Sur les clichés, l'espace clair prévertébral demeure clair -exempt de grisaille-

29- L'atteinte ultérieure ou peut-être contemporaine de l'estomac est difficile à rapporter à une propagation du cancer du sein.

30- Les constatations histologiques au cours de l'exploration gastrique plaident aussi en faveur de la non-dépendance de la localisation digestive et de l'atteinte mammaire.

- B -Voici deux observations de lésions oesophagiennes secondaires l'une à un cancer d'origine pulmonaire, l'autre survenue au cours d'un abcès du poumon.

OBS. 1 : Sténose oesophagienne par cancer d'origine pulmonaire.

(Arch.Mal. App.Digestif et Nutrition : Déc.1951,pp.
12/36)

- Malade homme de 50 ans
- dysphagique depuis 5 mois
- une oesophagoscopie montre à 25 cm. une muqueuse normale, un rétrécissement de la lumière oesophagienne en entonnoir avec plis radiés.

- La radio montre une dilatation sus-jacente à un rétrécissement en entonnoir dont les contours précis et nets sont suivis d'un long segment sténosé d'aspect canaliculaire.

A noter l'absence d'espace clair prévertébral et que le segment rétréci semble refoulé en avant assez loin du rachis.

- Un cliché d'ensemble du thorax montre un élargissement du hile gauche et une tomographie permet de distinguer une opacité para médiastinale gauche et une masse opaque se projetant au voisinage du hile.

- L'état général s'aggrave ; installation d'un syndrome épigastrique douloureux ; blocage du transit oesophagien. On craint une lésion sur l'oesophage terminal.

- Pr. DELANNOY : Exploration de l'hiatus oesophagien, du cardia : rien d'anormal. Une gastrectomie est pratiquée.

Le malade meurt quelques jours plus tard.

A l'autopsie : on trouve : un bloc de tissu lardacé siégeant dans le médiastin postérieur et enserrant comme une gangue l'oesophage et le rachis. L'ouverture de l'oesophage montre que la muqueuse est indemne et que les plis sont conservés ; la sous-muqueuse et la musculouse sont infiltrées.

L'examen cytologique montra qu'il s'agissait d'un épithélioma polymorphe à petites cellules rondes à point de départ pulmonaire.

Cette observation concerne donc un cas de sténose extrinsèque de l'oesophage. Le diagnostic clinique de ces compressions est souvent difficile car leur symptomatologie est proche

de celle des sténoses organiques, et la distinction n'est possible qu'à l'aide des méthodes d'investigation paraclinique. La radiologie met en évidence un rétrécissement à contours nets, d'aspect canaliculaire.

L'oesophagoscopie montre le plus souvent une muqueuse d'aspect normal avec conservation des plis. Il n'existe aucun aspect bourgeonnant et le cathétérisme à la bougie ne ramène pas de sang.

Chez ce malade, l'origine médiastinale de la compression oesophagienne pouvait être soupçonnée en raison de la disparition de l'espace clair prévertébral et au refoulement de l'oesophage en avant, mais il n'était pas possible de préciser l'étiologie de l'affection en cause, en raison de la pauvreté des signes cliniques.

L'examen nécropsique mit en évidence dans le médiastin un gros bloc de tissu lardacé englobant l'oesophage. En raison des antécédents de bacillose rénale, on avait alors émis l'hypothèse d'une médiastinite tuberculeuse, et notre surprise fut grande d'apprendre la nature éithéliomateuse d'origine pulmonaire de la tumeur.

Cette observation permet de souligner qu'une forme secondaire de cancer pulmonaire peut avoir une symptomatologie oesophagienne et médiastinale dominante.

OBS. 2 - (Acad.de Chirurgie : 14 Octobre 1953.

STENOSE FONCTIONNELLE ET RADIOLOGIQUE DE L'OE SOPHAGE

AU COURS D'UN ARCES DU LOBE INFERIEUR DU POU MON GAUCHE

par MM. R. MONOD & J.C.RUDLER

M. DUM.A..., facteur, 47 ans.

Le malade entre à Laennec, le 21
Juillet 1953, adressé par le Docteur
Leclercq, de Flixecourt, et le Docteur
Paris, chirurgien des Hôpitaux d'Amiens.
Il avait été hospitalisé en sana pour
"pleurésie" gauche, dont le début ai-
gu, en date du 3 mai 1953, avait été
caractérisé par un point de côté, une
dyspnée vive, une toux sèche -- pas de
ponction exploratrice. Pendant ce
séjour, une dysphagie d'apparition
assez brusque s'installe. Cette dys-
phagie est éleotive : les liquides
passent, mais non les solides, qui
sont rejetés la plupart du temps im-
médiatement après l'ingestion. Par-
fois, ils passent cependant, et le ma-
lade insiste sur le caractère capri-
cieux de sa dysphagie. L'appétit est
conservé.



Il existe de l'hypersialorrhée ; l'amaigrissement est de 10 Kg en deux mois et demi.

- Dans les antécédents, un épisode de paralysie vélo-palatine avec aphasie de Broca, apparu brutalement, six ans auparavant, à la suite d'une insolation (?).

' A l'examen : malade amaigri, fatigué, apyrétique. La voix est nasonnée de temps à autre, vestige de la paralysie vélo-palatine ancienne.

- Le foie déborde de deux travers de doigt, lisse et indolore ; pas de masse abdominale perceptible, pas de ganglions sus-claviculaires ni axillaires. Du point de vue pulmonaire, toux sèche fréquente, expectoration assez abondante, où l'on trouve des germes variés, avec prédominance de pneumocoques, sans B.K. ; submatité de la base gauche, avec diminution des vibrations et abolition du murmure vésiculaire. Cœur normal, T.A. 10-6.

Des examens complémentaires avaient déjà été pratiqués au Nouvel Hôpital d'Amiens.

- La radiographie pulmonaire ne montre qu'un flou de la base gauche, avec comblement du sinus.

- La radiographie de l'œsophage après l'ingestion barytée objective une sténose très serrée, non excentrique, finement irrégulière, du tiers inférieur, avec légère rétrodilata-tion (fig.) Cette sténose n'a pas été influencée par un traite-

ment antispasmodique d'épreuve.

En bref, il y a encore là une image toujours identique à ce que nous avons trouvé dans nos cancers de l'oesophage.

- L'oesophage enfin a donné les résultats suivants :
"bourgeonnement suspect au niveau de la sténose vue à la radio.
Biopsie à ce niveau". La biopsie ne montre d'ailleurs qu'une
"réaction fibrino-leucocytaire intense sans éléments dégénéra-
tifs malins sur le fragment examiné".

Malgré l'aspect radiographique qui n'est pas absolu-
ment caractéristique d'un cancer, malgré le résultat de la biop-
sie, nous considérons qu'il s'agit très probablement d'une sténo-
se cancéreuse de l'oesophage ayant entraîné une réaction pleu-
rale de la base gauche. L'indication opératoire étant en tous
cas formelle, et les examens satisfaisants (numération globu-
laire : 4.540.000 G.R., 5.000 G.B.), nous intervenons le 27
Juillet 1953.

C.R.O.

- Anesthésie générale, pentothal-éther-oxygène-curare avec
intubation trachéale (Docteur Anglès).

- Thoracotomie gauche dans le 6^e espace. Poumon totalement
adhérent, la face externe du lobe inférieur est complètement
symphysée à la plèvre pariétale ; le décollement entraîne l'ou-
verture d'un abcès, l'aspirateur ramène 200 cm³ de pus.

- L'oesophage découvert, on constate qu'il ne présente aucune lésion pariétale, il est souple, d'aspect et de consistance normale ; mais son quart inférieur est comprimé par des ganglions anthracosiques volumineux et durs en relation avec l'abcès du lobe inférieur.

- Lobectomie inférieure difficile car le pédicule est infiltré et romé de ganglions inflammatoires. Bonne réexpansion du lobesupérieur. Drain. Paroi en étages.

Les suites opératoires sont apyrétiques et sans incidents, le malade quitte l'hôpital le 12 août au 15^e jour. La dysphagie a totalement disparu depuis l'opération. Les radiographies pulmonaires de fin septembre montrent une réexpansion parfaite du lobe supérieur gauche ; la radiographie de l'oesophage, malgré la disparition des signes fonctionnels, le calibre oesophagien n'est pas encore tout à fait normal, malgré une amélioration très nette. Voici enfin l'examen bactériologique du pus prélevé pendant l'opération : "pus fibrineux, assez nombreux polynucléaires altérés, rares cocci gram + en diplocoques et en courtes chaînettes. Culture : pneumocoque, sensible à la pénicilline et à l'auréomycine, limite à la chloromycétine, résistant à la terramycine et la streptomycine".

- Examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire (Docteur Renault).

Suppuration pulmonaire chronique ayant entraîné des troubles du transit oesophagien. Lobectomie inférieure gauche.

- Etude de la pièce opératoire :

Le lobe a conservé sa forme d'ensemble, mais toute sa partie dorsale apparaît dense et infiltrée. Les coupes montrent l'existence d'une suppuration qui atteint d'une façon diffuse tous les segments dorsaux, de l'apex à la base. Nappe d'infiltration grise semée de petits abcès nécrosés, quelques-uns cavitaires ; le plus volumineux de ces abcès, basal, est situé sous la corticalité pulmonaire même ; en regard de l'oesophage, à ce niveau, la plèvre est exulcérée ; c'est l'origine probable des troubles oesophagiens.

Les bronches des territoires dorsaux suppurés ont des parois musculouses épaissies, enflammées, mais sans aucune autre altération. Les territoires antérieurs du lobe sont normaux.

Conclusion : Aspect typique de suppuration pulmonaire chronique diffuse (pneumonitis).

- Examen histologique de la pièce opératoire :

L'étude histologique des différents prélèvements confirme qu'il s'agit là d'une infiltration suppurative très étendue ; les lésions sont variées, les foyers ramollis, abcédés sont relativement minimes, faits d'un ramillissement purulent sans aucune tendance à l'organisation périphérique, sans développement fibreux cicatriciel.

A la périphérie, on trouve des foyers de suppuration de taille histologique qui apparaissent typiquement comme des foyers ramollisneumoniques. Ces différents foyers précis sont noyés

dans une importante nappe à peu près homogène d'alvéolite desquamative pure.

Conclusion : Suppuration pulmonaire à type d'infiltration grise suppurée, diffuse ; le mécanisme et l'origine de l'infection me paraissent bronchiques.

Cette observation est présentée comme exemple d'erreur possible de diagnostic d'une dysphagie. L'histoire clinique, la notion de fréquence aussi, dans un service où l'on reçoit beaucoup de cancers de l'oesophage, ont incité à porter ce diagnostic inexact. Certes, l'aspect de la radiographie avait soulevé quelques réserves ; en revanche, on avait la notion d'un "bourgeonnement suspect" à l'oesophagoscopie, et la biopsie négative pouvait être interprétée comme le résultat d'un prélèvement défectueux. Même l'épisode pleuro-pulmonaire, dont la traduction radiographique était assez vague, avait été rattaché à une infection péri-néoplasique.

Les rapporteurs croient néanmoins intéressant de signaler qu'un abcès du poumon peut simuler à ce point le cancer de l'oesophage, à la fois par ses signes fonctionnels et ses signes objectifs. Du point de vue pratique, ils insistent sur une notion bien classique ; la nécessité d'une oesophagoscopie et d'une biopsie correcte dans tous les cas douteux.

§ II - LES ANOMALIES D'ORDRE RETRECISSABLE

Parmi celles pouvant poser un diagnostic avec nos types de rétrécissements cancéreux réguliers, nous retiendrons :

- I)- LES PROPAGATIONS A L'ŒSOPHAGE DE CANCERS GASTRIQUES
- II)- LES RETRECISSEMENTS CICATRICIELS APRES INGESTION DE CAUSTIQUES.
- III)- LES LOCALISATIONS ŒSOPHAGIENNES DE LA SCLERODERMIE.
- IV)- LA TUBERCULOSE ŒSOPHAGIENNE.

Tous ces diagnostics sont évidemment peu fréquents.

Nous insisterons un peu plus, par contre, non pas tant sur :

- V)- L'ULCERE DE L'ŒSOPHAGE, que
- VI)- sur LES ŒSOPHAGITES ET LES FIBROSES qui leurs sont secondaires, affections plus courantes et dont on portera le diagnostic non sans grande prudence à cause de la coïncidence toujours possible de fibrose et de cancer.

I - LES PROPAGATIONS DES CANCERS DE L'ESTOMAC A L'OESOPHAGE

I - Nous avons éliminé, pour clarifier, la propagation
oesophagienne ascendante des cancers de l'estomac sur laquelle
ORCEL et BRULE ont insisté. (Voir Gazette médicale de France : 2,
VI, 51).

Les auteurs y parlent en effet de ces cas de cancer de la
petite courbure, du corps gastrique et surtout de la région car-
dio-ubérositaire où la manifestation oesophagienne masquant com-
plètement l'origine réelle de la tumeur. Cette propagation aurait
lieu selon PACK dans 40% des cancers du cardia.

- Les formes indifférenciées, la limite plastique en parti-
culier semblent les plus prédisposées à cet envahissement et le
mode de propagation en général sous-muqueux explique alors le
peu de renseignements fournis par les explorations oesophagiennes.

Cependant, lorsque l'atrésie oesophagienne est
située très haut, et notre observation N°1 est justiciable de
cette critique, il apparaît indispensable de pratiquer une ex-
ploration gastrique très poussée avant d'admettre l'atteinte iso-
lée de l'oesophage.

- Si cette réserve paraît, a priori, réduire l'intérêt de
notre étude, il ne s'agit là que d'une apparence, puisque l'at-
teinte néoplasique, qu'elle soit reconnue au niveau de l'oesopha-
ge ou au niveau de l'estomac, présente néanmoins à la hauteur du

conduit oesophagien un aspect particulier et trompeur.

- Il n'en demeure pas moins que ces aspects sur lesquels nous attirons l'attention demandent à être connus.

II - LES RETRECISSEMENTS CICATRICIELS

APRES INGESTION DE CAUSTIQUES

II - Si l'anamnèse dramatique de CERTAINS RETRECISSEMENTS APRES INGESTION DE CAUSTIQUES ne pose pas de problèmes, il faut savoir que dans certains cas, très exceptionnels, ils peuvent se cancériser, que parfois, l'accident initial a pu passer inaperçu (TERFACOL) et cette manifestation tardive inquiétante peut alors égarer le diagnostic avec les formes régulières infiltrantes de cancer: Lortat-Jacob (in Chirurgie de l'oesophage pp.330) présente côte à côte deux clichés, l'un de 1946, l'autre de 1950 d'un cas de cancérisation sur rétrécissement secondaire à une ingestion de caustiques. Radiologiquement du moins, il est bien difficile de dire où est le cancer sur ces deux films superposables.

PROPOS DE LA LOCALISATION OESOPHAGIENNE DE LA SCLERODERMIE

Nous sommes très heureux, bien que nous ne soyons pas spécialistes, de pouvoir vous en parler.

Nous voudrions rappeler cependant une observation étudiée par le Docteur Maurice ROUX (Cf. Gaz.med.de France : L.X.53) où il s'agissait d'une malade présentant un rétrécissement serré assez régulier, du tiers inférieur de l'oesophage avec une image encore une fois superposable à celle de nos cancers. Le diagnostic de néo fut du reste évoqué en province au début de l'affection. Le diagnostic purement radiologique n'orienta guère, à lui seul, vers l'étiologie en l'absence de l'atteinte cutanée et il ne fut affirmé que bien plus tard après l'apparition de cette localisation.

IV - LA TUBERCULOSE DE L'ŒSOPHAGE

C'est une affection très rare.

- SAUFT (Thèse Lyon en 1932) en additionne 112 cas dans la littérature.

- GUISEZ en rapporte 7 observations en France.
- LUDIN en ajoute 2 observations.
- Des autopsies pratiquées systématiquement chez des phtisiques en confirment la très faible proportion:
- ZENKER 1 cas pour 400 autopsies,
- WILLY (Prague) 1 pour 528 autopsies,
- SANGER (Leipzig) 5 cas pour 1226 autopsies.

On en distingue trois formes :

- l'ulcéreuse : la plus fréquente.
- l'hypertrophique et sténosante (type Schrötter) qui est rare.
- la granulique est exceptionnelle.

Seule la forme hypertrophique peut poser un diagnostic avec le cancer.

- Elle survient comme lui chez un sujet en bonne santé apparente, par une dysphagie progressive.

- La sténose siège au niveau de la bifurcation trachéale et s'étend sur une longueur variable de 1 à 12 cm.

- La lumière est serrée, les parois sont épaissies.

- A la radio, cette "tuberculose infiltrante et scléro-cicatricielle" (Guisez) ne donne pas de sténose ni de dilatation vraie, mais une réduction de calibre assez régulière sur une certaine longueur. L'image rappelle bien celle des infiltrations de l'oesophage dont nous avons parlé.

On cite du reste des cas assez complexes :

- 1) d'association de tuberculose et syphilis (Schrötter)
- 2) de tuberculose et de cancer (Aubin V.M. : Sur un cas de tuberculose hypertrophique de l'oesophage avec dégénérescence cancéreuse - Soc. de Laryngol. des Hôp. de Paris : 21 Juin, 1943) - Cf. L'observ. de Pepper et Edsall).
- 3) Voire d'association de syphilis, cancer et tuberculose. (DEAN et GREBB, AUBIN).

V - L'ULCERE DE L'OEESOPHAGE

Dans les publications purement médicales, on le retrouve rarement (88 cas sur 4.000 selon Chevalier - Jackson).

Dans les publications purement chirurgicales, il est moins exceptionnel. (cf. LORTAT-JACOB : Chirurgie de l'oesophage : p. 350).

C'est peut-être qu'ayant à intervenir sur des sténoses organisées, les chirurgiens ont la possibilité, surtout dans la région du cardia, d'enrichir la documentation anatomique.

On sait, par contre, la pauvreté des renseignements donnés par l'oesophagoscopie au médecin. Elle s'explique par le fait que le tube butte contre l'atrésie et on ne rencontre pas l'ulcère.

Nombre d'auteurs, au cours de l'étude clinique des mégaoesophages en fuseau, ont d'ailleurs insisté sur l'évolution intermittente des troubles fonctionnels. Ceci rendrait plausible, malgré la méconnaissance d'un diagnostic clinico-radiologique, cette apparente discordance entre les constatations des médecins et des chirurgiens.

Nous voulons terminer l'étude des diagnostics différentiels des types de cancer que nous avons examinés par celle d'affections semblant plus courantes et non moins délicates :

Il s'agit :

VI - DES FIBROSES SECONDAIRES AUX OESOPHAGITES

A propos des FIBROSES D'ORIGINE INFLAMMATOIRE, Auguste, aux Journées des Gastro-Entérologues Français (Supp. Arch. Mal. App.Digest. : Mai 1951, pp. 111) a fait un tableau de la question que nous citons en partie. Il précise bien la difficulté et la prudence s'imposent devant les images et les aspects endoscopiques de fibroses. Selon lui, toutes les oesophagites infectieuses ou peptiques peuvent aboutir à la fibrose même lorsqu'elles sont diagnostiquées et traitées de façon précoce et à plus forte raison quand elles passent inaperçues.

- L'envahissement progressif de la paroi par le tissu conjonctif cicatriciel s'accompagne inévitablement d'une rétraction qui tend à rétrécir et à raccourcir l'oesophage d'où 2 types de fibroses :

- avec rétrécissement (sans raccourcissement apparent)
- avec raccourcissement (et rétrécissement).

Il en distingue trois types :

- 1)- Les fibroses de l'extrémité supérieure d'origine infectieuse, surtout chez la femme après cinquante ans.
- 2)- Les formes de l'extrémité inférieure réalisant une dilatation à type de méga-oesophage mais n'ayant pas l'aspect "en chaussette".
- 3)- Les fibroses ascendantes : le "pseudo-cancer" qui nous intéresse plus particulièrement.

Probablement secondaire à des oesophagites peptiques, ce type de fibrose est celui qui peut le plus facilement être pris pour un cancer. Il a été décrit en 1929 par GUISEZ sous le nom de pseudo-cancer et étudié en 1935 par SOULAS (Arch. Mal.App.Digest. : 27, p. 171, 1937) qui a insisté sur la similitude des signes cliniques, radio et même endoscopiques ainsi que sur la possibilité de cancérisation secondaire.

- Cliniquement, l'histoire est identique.
- À l'endoscopie : Typiquement, est réalisé par l'aspect en colonnade de 2 à 3 cm. de haut siégeant de préférence sur la paroi postérieure (Soulas).

Les rétrécissements plus serrés se présentent sous la forme d'un entonnoir fibreux aboutissant à un orifice punctiforme. La muqueuse voisine peut porter des végétations papillaires

hémorragiques ressemblent à s'y méprendre à des bourgeons épithéliomateux. (Guisez).

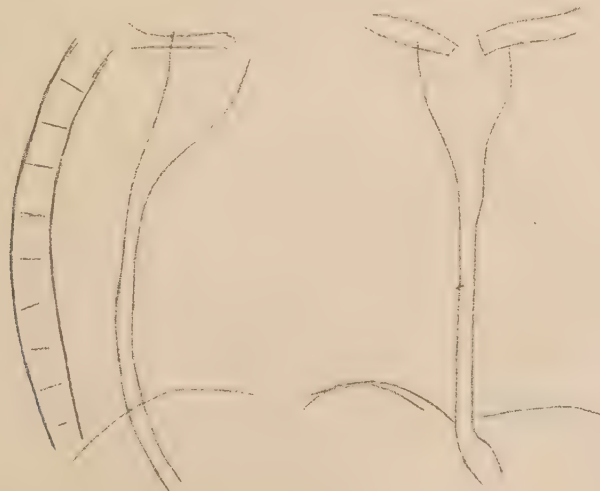
Pour AUGUSTE, le diagnostic radiologique est facile dans les cas typiques où la disposition fusiforme du rétrécissement, la netteté des contours et l'absence d'images lacunaires montrent clairement que l'image observée n'est pas celle d'un cancer.

Il est des cas moins typiques où il est difficile de se prononcer parce que l'aspect radiologique est douteux, parce que l'endoscopie ne permet pas d'observer ce qui se passe en dessous d'un rétrécissement serré ou parce que la biopsie est négative;

C'est donc par l'observation prolongée ou l'exploration chirurgicale que le diagnostic peut être tranché.

- FRANKLIN et TAYLOR ont publié 2 cas de pseudo-cancer où l'erreur de diagnostic fut rectifiée à l'intervention.

- AUGUSTE en rapporte un cas où l'image avait cette allure. (Voir schéma).



On conçoit bien la difficulté de ces diagnostics en effet, d'autant que, dans nos observations, les images de néo ont absolument tous les caractères de bénignité qu'AUGUSTE attribue dans son rapport aux "cas typiques" de fibrose !

SOULAS, d'ailleurs, dans l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Octobre 1953, insiste lui aussi sur la réserve qu'il faut apporter à la fausse sécurité que donnent les signes endoscopiques et radiologiques dits de bénignité des sténoses oesophagiennes :

"Pour le cancer l'image radiologique peut être fusiforme et ampullaire, à bords à peine flous, ou ne traduisant que la dilatation sus-lésionnelle et il peut y avoir coexistence d'une fibrose qui cache une lésion néoplasique".

C'est bien avec cette obsession de la coexistence toujours possible du cancer que certains malades sont gardés sous surveillance sévère pendant des années, bien que cliniquement et radiologiquement l'on puisse actuellement éliminer la dégénérescence.

Pour illustrer ce que nous venons de dire, nous rapportons ici deux de ces observations : L'une d'un malade suivi par le Docteur CHENE depuis trois ans, l'autre d'un malade oesophagoscopé par le Docteur CACHIN et présentant un rétrécissement suspect secondaire à une oesophagite.

OBS. I - (Docteur CHENE) cf. cliché N° XI

- Monsieur J.... , 37 ans, vient consulter en Mai 1951.
- Il a été opéré le 21 septembre 195E pour ulcère du Bulbe, très hémorragique, d'urgence et dans des conditions dramatiques. (900.000 G.R.) par le Docteur HUIGUIER.
- Il a repris 12 kilos mais demeure maigre.
- Il travaille très activement et fume 40 à 50 cigarettes par jour.
- A part une intolérance au lait, peu de troubles gastriques.
- Dès la sortie de la clinique, il a commencé à signaler une dysphagie qui, après s'être estompée, demeure permanente et s'accroît depuis quelques semaines.
- Dans les antécédents : Rien de notable
Pas d'enfants.
- Examen clinique : Il ne révèle pas d'anomalie.
 - Foie indolore
 - T... : 12-7
 - urée sanguine : 0,20
- Un contrôle de l'oesophage montre :

Un rétrécissement régulier, axial, allongé (environ la hauteur des trois vertèbres dorsales) siègeant au 1/3 inférieur de l'oesophage, s'étendant jusqu'au cardia.
- Il existe un certain degré de SCLEROSE PULMONAIRE.

Oesophagoscopie - Dr. BRULE

- Le tube pénètre facilement dans un oesophage peu dilaté.
- Muqueuse légèrement hypersécrétante jusqu'à 30 cm.
- A partir de cette distance, très importante oesophagite; aspect de la muqueuse comparable à celui d'une rectocolite hémorragique. Elle saigne au contact. Quelques glaires.

- On semble percevoir, dans l'épaisseur de la paroi, quelques nodules formes qui feraient penser à de petits ganglions.
- La paroi de ce segment n'a pas de contractions propres.
- La lumière est virtuelle. Cependant, le tube progresse jusqu'au cardia qui se laisse bien déplier.

On pratique :

- Une biopsie-aspiration.
- Une biopsie à la pince au niveau d'une boule.

Compte-rendu histologique - Dr. ORCEL

- Le nodule de biopsie réalise l'aspect d'un granulome riche en vaisseaux.
- Les débris aspirés sanglants et fibrino-purulents ne portent aucune trace de malignité.

Evolution :

Le malade est revu jusqu'en Mai 1953 :

- Si l'état fonctionnel demeure identique,
- L'état général s'est amélioré.

OBS.- 2 - (Docteur C. C. IV) -

Résumé de l'Observation de :

Monsieur MA..... Arthur - 49 ans.

- Rares périodes douloureuses depuis 1949.
- En Juin 1951 : Perforation d'Ulcère duodénal suturé d'urgence à l'Hôpital d'Argenteuil.
- 8 jours après l'intervention : Occlusion intestinale sur le grêle par abcès résiduel du Douglas.
- Aspiration duodénale : La sonde aurait blessé le malade.
- Réalimentation très difficile : rien ne passe ; impression d'inflammation diffuse de l'oesophage.
- Puis, apparition d'une dysphagie rétrosternale avec phénomène de blocage. Cette "oesophagite" évolue pendant 4 mois.
- En novembre 1951 : des radios oesophagiennes montrent un rétrécissement du 1/3 moyen de l'oesophage, un peu irrégulier ? confirmé sur plusieurs clichés.
Le malade maigrit de 20 Kilos.
- LE 7.5.52 : Une oesophagoscopie du Docteur CACHIN (soit 11 mois après la mise en place de la sonde) montre :

Une muqueuse d'allure fibreuse,; pas de lésions ; type congestion, ulcération, etc.....
 - Pas de saignement au passage de la sonde
 - Pas de biopsie pratiquée.
- A cause de l'accident mitral et de la longue évolution, on pense à un rétrécissement cicatriciel à l'oesophagite.
- Le malade est amélioré par des dilatations.

La surveillance du malade est néanmoins poursuivie. Sur les derniers clichés, au courant de l'année 1953, on a une image de rétrécissement du 1/3 inférieur de l'oesophage qui ne se dilate pas après insufflation par Sels effervescents.

Nous terminerons ce chapitre de diagnostic différentiel par l'étude de DEUX DIAGNOSTICS PLUS DISCUTABLES dont le cadre vient d'être précisé :

§ III - LES ETATS DYSKINETIQUES ET LA MYOMATOSE DIFFUSE

DE L'OESOPHAGE

Depuis longtemps, peu habitués à la radiologie de l'oesophage, les auteurs avaient décrit des particularités morphologiques de l'ombre oesophagienne chez des sujets plus ou moins régulièrement dysphagiques sans des vocables différents.

C'est ainsi que les auteurs d'Europe Centrale, surtout Hongrois (BARSONY et POLGAR, PALUGYAY et PESEK, 1927) avaient décrit des diverticules fonctionnels de l'oesophage, où les incisures plus ou moins asymétriques alternaient avec des soufflures et ne s'accompagnaient pas de dilatation sur les documents publiés.

Parallèlement, un grand nombre d'auteurs avaient discuté l'étiologie et la parenté des dilatations oesophagiennes de forme différente :

- en "fuséou" ou méga-simple (dilatation sans angulation).
- en "chaussette" ou delicho-méga (dilatation et angulation).

- CHENE et POIRIER, rapprochèrent de ces deux variétés une troisième, comprenant une dilatation modérée, des segmentations symétriques et échelonnées, fournissant pendant des années des images superposables à la radio comme les deux autres types de dilatation.

Ils suggérèrent de grouper ces trois dilatations dans un chapitre commun : LES DYSKINESIES.

Dans leur rapport aux Journées des Gastro-Entérologues Français, P. HILLEMAND, P. CHENE et G. BRULE tentèrent de regrouper les incisures, soufflures et dilatations oesophagiennes sous un même vocable.

- Dans un article récent (Gazette médicale de France : 1.XI.53) CHENE souhaitait que l'on distinguât les faits qui s'accompagnaient de dilatation et ceux qui n'en comportaient pas. Cette façon de voir pour cet auteur tendait à faire justice d'aspects intermittents et variables observés au cours d'oesophagites et aussi des apparences radiologiques constituées par la seule hyperkinésie.

Ces deux dernier groupes étant variables et intermittents, (à condition de juger sur des clichés multiples), ne soulèvent

aucune discussion avec les cas que nous venons de voir en travail.

Par contre, lorsqu'il y a dilatation et qu'elle est durable, avec ou sans segmentation, le diagnostic différentiel avec les infiltrations régulières de nos organiques peut se discuter.

Mais, chez ces derniers, l'atrésie fusiforme n'est pas au niveau du seul cardia ; bien au contraire, comme nous nous sommes astreints à le préciser à plusieurs reprises, elles lui est sus-jacente.

D'ailleurs, HILLENHARD, CHENE et BRULE, dans leur rapport avaient émis des réserves auxquelles nous renvoyons, car elles débordent le cadre de cette étude. (Voir Arch. Mal.App.Digest. Journée des Gastro-Entérologues français : Mai 1951).

-:-

-:- -:-

Reste la question controversée de la MYOMYOTOME DIFFUSE de l'oesophage (J.L. LORTAT-JACOB).

Elle donne généralement lieu à une dilatation modérée durable, avec segmentation. Les cas authentiques en sont, du reste, assez rares.

-:-

POUR RESUMER

Le diagnostic des infiltrations néoplasiques régulières ne saurait donc, jusqu'ici, se discuter que dans les cas où cette infiltration se produirait aux abords immédiats du cardia.

Toutes les fois où, comme nous y avons insisté, l'atrésie régulière porte sur l'oesophage thoracique, à la lumière de l'évolution de ces faits, on ne peut, d'une façon valable, discuter les hyperkinésies.

L'exemple fourni par notre observation N°1 est, à ce sujet, assez démonstratif.

Les aspects radiologiques, lors des premiers temps, avaient été rattachés, non sans quelques réserves il est vrai, à un possible état dyskinétique. (C'est l'aspect correspondant à la figure 17, page 152 du rapport de Mai 1951 in Arch. Mal.App. Digest. que les auteurs avaient mis à part en fin de leur exposé).

Le changement de classement de cette observation prouve qu'il ne faut pas se hâter de conclure à l'absence d'organocité avant d'avoir suivi une évolution jusqu'au bout.

C O N C L U S I O N S
- - - - -

CONCLUSIONS

- 1 - La variété infiltrante du cancer de l'oesophage peut réaliser des aspects d'atrésie régulière symétrique.
- 2 - Dans de tels cas, l'oesophagoscopie peut être trompeuse du fait de l'intégrité de la muqueuse.
- 3 - Ces aspects peuvent être fusiformes, en sablier, ou bien en anneaux réguliers.
L'une et l'autre de ces atrésies est surmontée d'une dilatation modérée.
- 4 - Leur fixité, de même que leur situation, loin d'un des points d'élection des rétrécissements cicatriciels, ou loin des deux extrémités de l'oesophage, est un signe de présomption d'organicité néoplasique.
- 5 - L'étude de la transmission des battements cardiaques, ainsi que la radio-cinématographie doivent être plus poussées qu'elles ne le sont actuellement dans ces formes où le diagnostic est difficile.
- 6 - Encore qu'il soit osé de conclure sur un petit nombre d'observations, on ne peut manquer d'être frappé dans

deux cas sur 335 de la coexistence d'une localisation gastrique et oesophagienne.

7 - Le diagnostic différentiel se pose essentiellement :

a) Avec les infiltrations péri-oesophagiennes :

Il est basé sur les données étiologiques (cancéreuses etc....) et surtout sur la perception d'une grisaille anormale.

b) Avec les atrésies acquises :

Moins d'origine caustique qu'ulcéreuse et surtout inflammatoire. (les oesophagites)

c) Enfin, au niveau de l'extrémité inférieure de l'oesophage, il existe trois variétés d'anomalies radiologiques, dont le siège déjà éloigne l'idée d'une atteinte organique. Il faut distinguer :

1) Les hyperkinésies sans dilatation ; variables de siège et de forme sur différents clichés.

2) Les spasmes de l'extrémité inférieure, degré de l'évolution des méga-oesophages où peut être un ulcus méconnu intervient.

Leur siège, la longueur de l'évolution, leur phase irrégulière, l'intégrité de l'atteinte de l'état général aident au diagnostic.

5) Les véritables dyskinésies

comprenant sur des centrôles multiples et parfois éloignés, une dilatation modérée dégressive de haut en bas, encochés d'incisures symétriques et fixes, leur situation à l'extrémité inférieure, la multiplicité de ces incisures facilitent la discrimination.

- :-

:

- A -

ALBOT G., BERTHET G. & ARVAY N. - Le cancer de la région oesophago-cardia. tubérositaire.
Presse Méd. : N° 24, I-4, 510-511,
(4 Avril) 1953.

ANTOINE P. & STEHLIN. - Le diagnostic précoce du cancer de l'oesophage.
J. Radiol. Electrol. : 32. N° 3-4,
444-446, 1951. (4 fig.)

AUGUSTE Ch. - Fibrose ascendante - Le pseudo-cancer.
A.H.A.D. : p. 128, 1951

AUGUSTE Ch. & HERAUD J. - Sténose de l'oesophage par cancer d'origine pulmonaire.
Arch. Mal. app. dig. : 40, N° II,
1236 - 1238, (Novembre) 1951.

- B -

BALDEWECK L. & MOUNIER-KUHN - Syndrome oesophagien au cours d'une atrophie cortaine généralisée.
Soc. O.R.L. Lyon, (3 Novembre) 1933.

BAUMANN W. & HASSELBACH H.V. - Une contribution au diagnostic et au traitement des tumeurs bénignes pédiculées de la partie supérieure de l'oesophage.
Langenbecks Arch. Klin. Chir. : 274,
N° 5, 347-352, 1953. (1 fig., Bibliog)

BELOT & NAHAN - Variation des images de l'oesophage dans les cas de tumeurs.
Presse médicale : (20 Juin) 1936

BERARD & SARGON

- Cancer de l'oesophage.
G. Douin & Cie Editeurs, 1927 (Bibliographie).

BILLION H.

- Pseudo-tumeur de l'oesophage.
Fortschr. Röntgenstr. : 74, N° 1,
109-110, (Janvier) 1951.

BONNEMOUR & FICHET

- Les formes larvées du cancer oesophagien.
J. Méd. Lyon : (20 Août) 1930

BONNARD Maurice

- Le cancer de l'oesophage; son signe clinique oesophagien.
Thèse, Paris, 1921.

BOYES MORRIS F.

- Les tumeurs bénignes de l'oesophage.
J. Laryngol. Otol. : 65, N° 9, 638-645, (Septembre) 1951. (2 fig., Bibliogr.)

BRULE G.

- Les endoscopies dans le cancer de l'oesophage.
Gaz. Méd. de France : 57, N° 24, (25 Déc.) 1949.

BRULE G. & ORCEL

- Réflexions sur la localisation cancéreuse de la région cardio-oesophagienne.
G.M. de France : (2 Juin) 1951 (Voir bibliographie).

- C -

CABON P. & GERARD G.

- A propos de deux cas de spasme étagé de l'oesophage.

J. Radiol. Electrol. : 33, N° 9-10, 539-540, 1952. (2 fig.) Bibliogr.

CHENE P. & MARKOVITS P.

- Les difficultés radiologiques dans le diagnostic précoce du cancer de l'oesophage thoracique.

Gaz. Méd. de France : 56, N° 24, 897-903, (Décembre) 1949.

CHENE P. & PERIOUA

- Remarques pour le diagnostic précoce du cancer de l'oesophage.

Presse Méd. : 56, N° 29, 350-351, 15 Mai) 1948. (2 fig.)

CHENE P., FAUVET J. & CHAVY J.- La clinique du cancer de l'oesophage.

Gaz. Méd. de France : 57, N° 24, (25 Décembre 1949

CHENE P. & POIRIER

- Sur les dyskinésies oesophagiennes. Gaz. Méd. de France : (1er Novembre) 1953.

COURILLEAU

- Essai de limitation et de classification des dyskinésies de l'oesophage Paris, 1952.

- D -

DURIF-LIMOUSIN

- Linite plastique avec métastase oesophagienne.

Soc. des Sciences Méd. de Clermont-Ferrand (23 Juin) 1949.

- E -

EFSKIND L.

- Cancer de l'oesophage.
Acta chir.scand.:103, N°6, 401-414,
1952. 5fig.8 tableaux.(Bibliogr.)

ENCYCLOPEDIE MEDICO-CHIRURGICALE

- Traité d'O.R.L.
Fascicule 20.815
" 20.825
" 20.805
- Estomac-Intestins-Oesophage.
Fascicules 9.200
9.201
9.202

- F -

FINKE H.

- Une tumeur oesophagienne bénigne.
(Lipom) - Med.Klin.:46 N°7;206-207
(Fevrier) 1951.2 Fig.(Bibliogr.)

FITZGIBBON J.H

- Les diagnostic des lésions oesophagiennes au voisinage du cardia.
J.Am.Med.Ass.:142, N°7, 453-458,
(18 Fevrier) 1950, 10 fig.

FRENCH.-GARLAND

- Leiomyosarcome de l'oesophage.
Ann.T.Röntgen.:45, 27-31, 1941.

GALETTE MEDICALE DE FRANCE

- Le cancer de l'oesophage, en particulier les endoscopies : G. BRUYE
pp. 205-209, (25 Décembre) 1949

GOLDMANN & COLL

- Adéno-carcinome primaire de l'oesophage simulant une lésion bénigne.
J.A.M.A. : 149, 144-145, (10 Mai) 1952

GREZ A.

- Rétrécissement de l'oesophage produit par compression de l'aorte thoracique descendante avec dilatation anévrys-
tatique.
Bronchos Oesophagosc.Gastrosc. : N°1,
39-41, 1952. 2 fig.

GRIZ A.

- Cas très rares de rétrécissements de l'oesophage.
Bronchos Oesophagosc.Gastrosc. : N°1,
35-37, 1952, 1 fig.

GUERET A. & Al.

- Le ménisque, traduction radiologique des cancers infiltrés et ulcérés de l'oesophage.
Arch.Mal.App.Dig. : 39, N°6, 653-660,
(Juin) 1950, 6 fig.

GUISEZ

- Oesophage - Diagnostic et traitement des rétrécissements. :
Masson : p. 267, 1953

GUISEZ

- Quelques formes anormales du cancer de l'oesophage.
Bull. d'O.R.L. et Broncho-Oesophagosc.
(Janvier) 1928

GUISEZ

- Des sténoses graves, non cancéreuses du 1/3 inférieur de l'oesophage. Paris méd.: 7, p. 128, (10 Avril) 1944

GUTGRMANN

- Sténose bénigne et maligne de l'oesophage et du cardia.
FORTSCHER. Röntgenstr.: 77, N°3, 315, (Septembre) 1952

GUTGEMANN A.

- Les tumeurs bénignes de l'oesophage thoracique.
Chir. : N°3, 97-100, (Mars) 1952., 5fig. (Bibliogr.)

- H -

HILLEMAND, CHENE § BRULE

- Les dyskinésies oesophagiennes.
Arch. Mal. app. dig. : Journées des Gastro-entérologues Français: suppl. N°5, (Mai) 1951

HIOGUET

- Les cardiosténoses néoplastiques.
Ann. Oto-Laryngol.: 13, N°7/8, 354-356 1946

HORACIO RESANO

- Le cancer de l'oesophage radiologiquement négatif.
J. de Chir. : 67, N°11, P.808 (NOV.) 1951

HUGUENIN R. & PIERROT M.

- A propos des cancers glandulaires de l'oesophage.
Soc. d'Anat. : (Avril) 1941.

- HUGUENIN R. & BRULE G. & ROSE Y. - Cancers trachée-et bronche- oeso-
phagiens.
Sec.Fr. de Pathologie respiratoire
(12 Octobre) 1947
- JUNG A. - Etude des tumeurs bénignes de l'oe-
sophage. Une observation de léiomyome
Strasb.mod. 2, N°5, 155-166, (Mars) 1951
7 fig. (Bibliogr.)
- JUTRAS A., LEVRIER P. & LANGTIN - Etude de l'oesophage paradiaphrag-
matique et du cardia.
J. d'Electroradiol.: année 1949.
- LEENHARDT P. & AL. - Aspects radiologiques nouveaux
consécutifs à la chirurgie oesopha-
gienne. J.Radiol.Electrol.: 34, N°3-4
261-263, 1953. 3 fig.
- LORTAT-JACOB J.L - Peut-on envisager le démenbrement
des syndromes fonctionnels de l'oeso-
phage. La myomatose diffuse de l'oeso-
phage. Entité anatomo-clinique non
encore décrite.
Sem.Hôp.Paris: 26, N°5, 177-181, (18 Jan.)
1950, 7 fig. (Bibliogr.)
- LINDSKOG G.E - Cancer de l'oesophage
Arch.Surgery: 66, N°6, 701-703, 1953
- LORTAT-JACOB J.L - Chirurgie de l'oesophage.
Paris Flammarion, 1951. (cf. Très im-
portante bibliographie)
- LORTAT-JACOB J.L - La myomatose diffuse de l'oesophage
Sem.Hôp., Paris : N°5, 1950.
- LUDWIG W. - Uber eine diffuse myomatose des
Oesophagus.
Beitr.path.Anat.: 112, 314-320, 1952
- LYON MEDICAL - Cancer latent non sténosant de
l'oesophage, avec généralisation hé-
patique.
N°42, P.452 (Oct.) 1928
- MACCORT J.J - Identification radiologique des gan-
glions lymphatiques métastatiques d'un
cancer d'oesophage. Radiology. 59, 694-711
1952

MAGNUSSON

- Cancer de l'oesophage après corrosion par de la lessive de soude.
Acta Chirurgica Scandinavica : p. 473,
(4 Avril) 1932.

MAY J.P. & ROBERT F.

- La technique du double contraste oesophagien.
J. Radiol. Electrol. : 34, N°7-8,
515-516, 1953.

MAYOUX & DUBREUIL

- Sténose oesophagienne d'aspect cicatriciel, de nature cancéreuse métastatique.
Bull. Soc. O.R.L. Lyon 11 :
p. 336, (12 Février) 1945.

MEYER H.J.

- Les problèmes de diagnostic différentiel des lésions de la portion inférieure de l'oesophage et du cardia.
Ann. of Otol. Rhin. Laryngol. : 61,
N°4, 976-986, (Décembre) 1952, 8 fig.

MEYER H.

- Une forme oesophagienne de la maladie de Hodgkin (diagnostic différentiel) avec le cancer de l'oesophage.
Thèse, Paris, 56 p., 2 fig, (Juillet) 1952.

NOUVEAU PRECIS DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE - T. IV, 1948.

p. 157 - 965

p. 157 - 988

ORCEL

- Contribution à l'étude anatomique de l'extension oesophagienne du cancer gastrique.
T.S. Paris, 1939.

ORCEL & DUVIGNEAUX

- Envahissement de l'oesophage jusqu'au niveau du larynx par un épithélioma du pôle supérieur de l'estomac.
Soc. Anat. de Paris (6 Juill. 1950)
in pathologie : N°20, 42-47, 1950

PACK George.

- Cancer of the oesophagus and gastric cardia.
The C.V. Mosby company : St. Louis
1949.

- PALMER - Oesophagus and its diseases.
- PENNES A.E. - Leocomyosarcome of the oesophagus
Amer. J. Roentgenol. : 48, 336-340,
(Septembre) 1942.
- PESCE G. & NEUMAIER F. - La contribution de la radiokymogra-
phie au diagnostic des lésions sténo-
santes de l'oesophage. (résumé Fran-
çais).
Valsalva : 29, N°4, 199-216, (Août)
1953, 14 fig. (Bibliogr.)
- PICARD & Coll. - Infiltration néoplasique de la pres-
que totalité de l'oesophage sans
signes dysphagiques.
(Arch. Mal. app.digest. : 41, N°1,
98-100, (Janvier) 1952
- PORTMANN.G. & LINTILLAC J.P. - Cancer de l'oesophage étendu, en-
vahissement de la muqueuse.
Soc. d'Orth.et de Chir.de l'app.mot.
de Bordeaux ; in France médicale :
N°4, (Avril) 1948
- RESANO J.H. - Le cancer de l'oesophage radiolo-
giquement négatif.
Acta Chir.Belg. : 42, N°5, 471-479,
(Mai-Juin) 1950, 4 fig.
- ROUX M., LORTAT-JACOB J.L. & SENARIS-BELLO - Oesophage et scléroder-
mie.
Gaz.med. de France : (1 Oct.) 1953
- SCHATZKI R., & HAWES L.E. - The roentgenological appearance of
extra mucosal tumors of the oeso-
phagus.
Amer.J. Roentgenol. : 48, 1-15,
(Juillet) 1942.
- SCHLUMBERGER - Le cancer de l'oesophage chez la
femme.
Thèse, Paris, 1953.
- SOULAS - Les rétrécissements inférieurs de
l'oesophage ; variétés et diagnos-
tic.
Arch. Hosp. : N°19-20, (20 Oct.)
1945.

SOULAS

- Encyclopédie méd.chir. : 9202 A¹⁰
(Octobre) 1953

SPATH F.

- Formeture intermittente de l'oesophage par un "pseudo-calcul". Une contribution à la connaissance des tumeurs oesophagiennes bénignes.
Deut.Zschr.Chir. : 271, N°4, 403-412, 1952, 9 fig.

SURMONT J. & MARKOVITS P.

- Quelques résultats de l'exploration radiologique standard de l'oesophage.
J. Radiol.Electrol. : 34, N°7/8, p.540, 1953.

TERRACPM J.

- Le diagnostic précoce du cancer de l'oesophage.
Concours méd. : 71, N°44, 2471-2472, (29 Oct.) 1949.

THOMERET M. & JUNG A.

- Une observation de très gros kyste Tumours bénignes de l'oesophage : une observation de léiomyome.
Mem.Acad.Chir. : 76, N°18/19, 546-552, (21 Mai) 1950, 5 fig;

TRUCHOT P. & COUTOU I.

- Dysembryome kystique de l'oesophage inférieur.
J. Radiol.Electrol. : 32, N°5/6, 512-, 1951, 1 fig.

WATSON W.L.

- Cancer de l'oesophage;
Amer.J. Roentgenol. : 69, N°2, 191-196, 1953

